



Личко А.Е.

Шизофрения у подростков

Предисловие

В последние десятилетия, начиная с 60-х годов, психические расстройства в подростковом возрасте стали особенно актуальной проблемой психиатрии. Возможно, это было связано с начавшейся в те же годы акселерацией развития, возможно, — с бурными социально-экономическими сдвигами, сопровождавшимися для значительной части популяции резкой ломкой прежнего уклада жизни (урбанизация, миграция населения и др.). Наиболее распространенное эндогенное психическое заболевание — шизофрения — стало чаще начинаться в возрасте 15—18 лет, и заметно изменились его клиническая картина и течение. Более редкими сделались острые дебюты, особенно с нарушениями сознания, и более частыми — исподволь нарастающие нарушения. Самыми главными среди последних оказались психопатоподобные отклонения.

Отличия проявлений и рост числа психических расстройств у подростков побудили к созданию новой субспециальности — подростковой психиатрии. Наряду с психопатиями и преходящими психопатоподобными нарушениями поведения, шизофрения заняла в ней центральное место. Наиболее трудной диагностической задачей является распознавание заболевания на ранних стадиях его медленно развивающихся форм. Картина нарушений бывает настолько атипичной, по сравнению с известными описаниями, а течение — столь необычным, что

даже те психиатры, кто обладает достаточным опытом диагностики этого заболевания у взрослых, могут испытывать определенные затруднения, сталкиваясь с подростками. Вместе с тем подростковая психиатрия, как новая область, привлекает начинающих врачей, для которых диагностическая задача оказывается обычно еще более сложной.

Видный ленинградский психиатр П. А. Останков (1868—1949) говорил, что одни врачи бывают психиатрами как бы от природы, другие становятся ими от науки, благодаря опыту. Первые с удивительной быстротой начинают улавливать особенности психических нарушений, обнаруживают способность «вчувствоваться» в переживания больного. Вторые приобретают это умение постепенно, учась на собственных ошибках и направляемые рукой более опытных товарищей. Оглядываясь на собственный профессиональный путь, автор данной монографии уверенно причисляет себя ко вторым. Отсюда желание поделиться накопленным опытом решения одной из самых трудных диагностических задач в психиатрии — распознавания шизофрении на ранних стадиях заболевания, почерпнутым за почти 20-летний период работы в области подростковой психиатрии, начиная с момента ее становления. Чтобы попытаться облегчить решение этой задачи, особенно для тех, кто начинает работу с подростками, представилось целесообразным прибегнуть к нетрадиционной манере изложения. Обычно посвящая книгу какой-либо нозологической единице, в отдельных главах описывают клиническую картину, течение, дифференциальный диагноз, прогноз, этиологию и патогенез, лечение и реабилитацию и т. д. Иногда же каждая глава рассматривает отдельную форму или вариант заболевания.

В данной монографии ряд глав отведен определенным кругам психических расстройств: психопатоподобным, неврозоподобным, аффективным, апатоабулическим, параноидным и др. Даже для начинающего психиатра обычно нетрудно бывает решить, какой круг из этих расстройств преобладает в конкретном случае и к какой обратиться главе. В ней можно найти и описание наиболее частых синдромов, которыми этот круг расстройств проявляется, и те формы шизофрении и стадии заболевания (ремиссии, дефекты), где подобные расстройства преобладают.

В ряде случаев, где дифференциальная диагностика нам представлялась особенно сложной (например, различия между синдромом нарастающей шизоидизации при вялотекущей психопатоподобной шизофрении и шизоидной психопатией, между аноректическим синдромом при вялотекущей неврозоподобной шизофрении и так называемой нервной анорексией и др.), приведены таблицы, в которых сопоставляются сходные симптомы и особенности поведения.

Конечно, диагностическое значение этих таблиц условно. Диагноз всегда должен строиться на всей совокупности наблюдаемых признаков. В таблицах же даны лишь некоторые из них, которые представляются особенно важными.

Определенной спецификой в подростковом возрасте отличается также лечение шизофрении: как биологическая терапия, так и особенно психотерапия. Тем более это относится к реабилитации и психиатрической экспертизе. Этим проблемам посвящены заключительные главы.

Все сказанное позволяет увидеть, что данная монография ставит практические задачи диагностики и лечения, хотя неизбежно затрагивает и некоторые теоретические вопросы.

Автор отдает себе отчет в неизбежных недочетах и возможных Ошибках, в частности тех, которые могут выявиться со временем, но оставляет надежду, что книга окажется полезным помощником подростковому психиатру.

Глава 1. Подростковый возраст как период высокого риска начала шизофрении. Заболеваемость шизофренией в подростковом возрасте

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Еще Е. Краепелин (1898) отметил, что 24 % больных заболевают в возрасте 10—19 лет, а более половины — до 30 лет (отсюда и данное им заболеванию название — раннее слабоумие). Эпидемиологические исследования обычно определяют заболеваемость не по биологическим периодам, а по возрастным интервалам в 5 или 10 лет. По данным Н. М. Жарикова (1972, 1977), на возраст 10—14 лет приходится 10 %, а на 15—19 лет — 22 %, т. е. на предподростковый, подростковый и послеподростковый возраст падает 32 % дебютов шизофрении. В сравнении с данными Е. Краепелин, можно прийти к заключению, что шизофрения «помолодела». Сходные данные приведены М. Ш. Вроно (1982): до 18 лет заболевание началось у 31 %. Расчет показывает, что риск начала шизофрении в подростковом возрасте в 3—4 раза выше, чем на протяжении всей остальной жизни.

У подростков мужского пола подобный риск по крайней мере в 1,5 раза больше, чем у девочек. В возрасте 10—19 лет заболели 41 % мужчин и лишь 27 % женщин [Жариков Н. М., 1972]. По данным эпидемиологических исследований Н. А. Твороговой (1984), это соотношение даже больше—1,7:1.

Разные формы шизофрении с неодинаковой частотой начинаются в подростковом возрасте. Наибольшая частота дебютов простой формы приходится на возраст 10—14 лет

(36 %), а злокачественной юношеской (44 %), вялотекущей психопатоподобной и неврозоподобной (26 %), приступообразно-прогредиентной (24 %) — на возраст 15—19 лет. Зато пик начала параноидной формы оказывается в возрасте 25—29 лет, причем манифестация в 10—14 лет случается только в 4 %, а в 15—19 лет — в 11 % [Жариков Н. М., 1972].

По нашим данным (табл. 1), частота манифестаций вялотекущей (психопатоподобной и неврозоподобной) шизофрении резко возрастает с каждым годом от 14 к 17 годам, в то время как при прогредиентной шизофрении распределение более равномерно. При шизоаффективном психозе обрисовываются два пика (в 14 и 17 лет) при некотором спаде в 15—16 лет. Это может быть связано с тем, что первые маниакальные фазы чаще возникают в 14 лет и раньше, а первые депрессивные — в 17 лет и старше. Эти данные расходятся с мнением Л. М. Шмаоной и др. (1980), что заболеваемость шизофренией зависит от возраста (в период пубертата она самая высокая), а форма — от пола (злокачественная шизофрения характерна для юношей).

Таблица 1

Заболеваемость разными формами шизофрении (%) у подростков мужского пола по возрастам

Возраст (годы)	Вялотекущая форма	Прогредиентная форма	Шизоаффективный психоз
14	7	17	
15	16	22	24
16	30	29	17
17	47	32	30

Эпохальный патоморфоз подростковой шизофрении

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Наименование «эпохальный патоморфоз» по аналогии с термином «эпохальная акселерация» [Властовский В. Г., 1976], как нам представляется, наиболее точно отражает суть явления — изменение в течение продолжительного промежутка времени клинической картины и течения заболевания, когда это изменение не связано с лечением данной болезни новыми средствами (лекарственный патоморфоз) или с возрастом больного (возрастной патоморфоз).

В 40-х годах XX столетия наиболее характерным для подростков считалось острое течение с кататонией или медленное развитие заболевания с ипохондрическим синдромом [Морозов Г. В., 1950]. О. Д. Сосюкало и соавт. [Сосюкало О. Д., 1980; Сосюкало О. Д., Кашникова А. А., Большаков А. Г., 1981]

сопоставили особенности картины и течения шизофрении в возрасте 10—14 лет (т. е. в основном в предподростковом и младшем подростковом возрасте) в 1950—1952 гг. и в 1970—1972 гг. Все оценки проводились по состоянию до начала лечения, так что появление с середины 50-х годов аминазина и других психотропных средств не могло сказаться на результатах. Оказалось, что за истекшие 20 лет резко уменьшилась частота острых дебютов (с 36 до 9 %) и возросло число случаев с постепенным развитием заболевания (с 34 до 70 %). Участились психопатоподобные расстройства в начале болезни (с 10 до 35 %) и меньше стало аффективных и галлюцинаторно-бредовых расстройств (с 22 до 11 и с 32 до 19 % соответственно).

Причина этих изменений недостаточно ясна. Предполагалось, например, что важным фактором могла послужить акселерация физического развития. Однако оказалось, что именно на фоне акселерации чаще бывают острые дебюты, хотя в целом они стали реже [Сосюкало О. Д. и др., 1981]. С акселерацией могут быть связаны некоторые психопатоподобные нарушения — склонность к агрессии, сексуальные девиации. Но с появлением акселерации характерные для взрослых галлюцинаторно-параноидные расстройства не участились, а стали более редкими.

Можно предположить, что редкость острых дебютов обусловлена успехами в лечении инфекций — в 1950—1970-х годах получили широкое распространение разнообразные антибиотики и другие активные противомикробные средства. Как будет показано в следующем разделе, острые дебюты нередко провоцируются лихорадочными заболеваниями.

Провоцирующие шизофрению факторы в подростковом возрасте

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Значение пубертатного периода в генезе психических заболеваний неоднозначно [van Kjevelin D., 1971]. Это вполне относится к шизофрении, этиология и патогенез которой еще неясны. Очевидно, что пубертатный период сам по себе не является главной причиной данного заболевания, ведущим фактором в его патогенезе. Но его роль не ограничивается только тем, что откладывается своеобразный отпечаток на картине заболевания, т. е. pubertas не является только фактором патопластическим. Этой ролью можно объяснить частоту психопатических расстройств у больных шизофренией в данном возрасте — почти у половины подростков шизофрения начинается с подобных нарушений [Шумаков В. М. и др., 1978]. Подростковый возраст является периодом становления характера, на него падает формирование большинства его акцентуаций и психопатий [Личко А. Е., 1977, 1983], а период формирования всегда сопряжен с повышенной уязвимостью.

Роль пубертатного периода как провоцирующего фактора наиболее важна. Бурные эндокринные пертурбации в этом возрасте могут выявлять скрытые до этого наследственные задатки, включая генетически обуславливающие шизофренический процесс — происходит так называемая «фенотипическая экспрессия генетических признаков». В силу этого на подростковый возраст падает большое число дебютов шизофрении. В тех же случаях, когда шизофрения началась еще в детстве, в подростковом возрасте могут наступать обострения (преципитирующая, ускоряющая шизофренический процесс роль пубертатного периода).

Среди провоцирующих биологических факторов могут быть не только эндокринные сдвиги, связанные с половым созреванием. При разных формах шизофрении у подростков было обнаружено преобладание неодинаковых биологических провокаторов [Личко А. Е., 1982]. Острое начало приступообразно-прогредиентной или непрерывно-прогредиентной шизофрении в 32 % было спровоцировано лихорадочным заболеванием, чаще всего подозревалась неясная вирусная инфекция. Еще в 16 % толчком послужил первый в жизни подростка прием большой дозы алкоголя с тяжелым опьянением или употребление других дурманных средств. При шизоаффективных психозах провокатором первой фазы была в 22 % черепно-мозговая травма (легкая или средней степени тяжести), а в 14 % — многочасовое загорание на солнцепеке; зато лихорадочные заболевания перед первой фазой отмечены лишь в 4 %.

С подростковым возрастом могут быть связаны не только биологические, но и социально-психологические факторы, играющие провоцирующую роль. Среда и общество в этом возрасте начинают предъявлять к подростку новые требования; меняются нормы поведения; сильнее, чем в детстве, сказываются особенности личности, проявляющиеся прежде всего подростковыми поведенческими реакциями — стремлением к эмансипации от опеки старших, группированием со сверстниками, заполнением жизни увлечениями (хобби), пробуждающимся и еще малодифференцированным сексуальным влечением [Личко А. Е., 1973]. Значение социально-психологических факторов ярче всего выступает при манифестации вялотекущей (психопатоподобной и неврозоподобной) шизофрении. По нашим данным, в 73 % этой манифестации предшествовали своеобразные психогенные воздействия. Это не были психические травмы в обычном понимании слова. Действительно, тяжелые психические травмы перед манифестацией были отмечены лишь в 4 %. Г. П. Пантелеева и соавт. (1986) также нашли, что психические травмы в 5 % предшествовали гебоидофрении (т. е. психопатоподобной шизофрении у подростков).

Анализ 239 случаев вялотекущей психопатоподобной и неврозоподобной шизофрении у подростков мужского пола (диагноз был подтвержден катамнезами 5 лет и дольше) показал, что в 37 % первые отчетливые проявления болезни совпали с ломкой жизненного стереотипа, с необходимостью сменить одно окружение на другое, особенно оказаться в незнакомой до этого компании сверстников, что было обусловлено поступлением в вуз, техникум, ПТУ, сменой школы или даже класса. Необходимость установить новые неформальные контакты, вероятно, оказывается непосильной психологической нагрузкой. Иногда подростки всеми силами цепляются за старые знакомства с прежними товарищами, к которым привыкли с детства, хотя те могли и не быть близкими друзьями. Переехав в другой район, ездят к прежнему месту жительства, чтобы к кому-нибудь зайти или просто встретить на улице.

Не случайно, видимо, пик манифестации вялотекущей шизофрении (см. табл. 1) приходится не на начало или расцвет полового созревания, а на возраст 16—17 лет, т. е. на период смены учебных заведений или учебы на труд. Интересно, что резкие изменения в родительской семье (утрата близких, появление отчима и т. п.), которые обычно сильно отражаются на подростках с ^акцентуациями и психопатиями, при вялотекущей шизофрении нередко не оказывали никакого действия, если не меняли сложившийся уклад жизни (не было необходимости переезжать на новое место и т. п.).

Другой род провоцирующих психогенных факторов можно отнести к условно-патогенным, имеющим значение именно для данного типа акцентуации характера, адресующимся к его ахиллесовой пяте. Подобные факторы констатированы в 32 %. Примером может послужить подросток с истероидной акцентуацией в преморбиде, во время каникул оказавшийся в компании сверстников, родители которых занимали престижное положение и семьи жили в большом материальном достатке. Он почувствовал себя среди них изгоем из-за недостаточно модной одежды, отсутствия значительных карманных денег, невозможности покатать приятелей на автомашине своих родителей и т. п. Заболевание манифестировало истероидным синдромом с фантазиями, предназначенными приукрасить личность и положение подростка в глазах его сотоварищей, хотя выдумки были настолько неумелыми и даже нелепыми, что не только не могли поднять его престиж, но и сделали предметом насмешек. У другого подростка с эпилептоидной акцентуацией толчком для манифестации послужила утрата ценной для него вещи — у него украли мотороллер, которым он очень дорожил. У подростка с сенситивной акцентуацией заболевание началось с обсессивно-фобического синдрома после того, как он был публично осмеян одноклассниками за неосведомленность в

сексуальных вопросах.

При приступообразно-прогредиентной шизофрении (59 подростков) первый приступ был лишь в 20 % спровоцирован психогенными факторами, притом обычно внезапной и тяжелой психической травмой (например, внезапный арест отца, до этого преуспевающего делаяги, в связи со вскрывшимся взяточничеством).

При шизоаффективных психозах самым частым психогенным провокатором (32 % от 98 больных) была внезапная психическая травма с переживанием сильного страха, а иногда и боли (подростки подвергались избиению хулиганами, нападениям преступников, попадали в катастрофы с опасностью для жизни и т. п.).

Манифестация без каких-либо заметных провоцирующих факторов отмечена лишь в 14 % при шизоаффективных психозах и в 15 % при вялотекущей шизофрении, но в 52 %— при приступообразно-прогредиентной и при острых дебютах непрерывно-прогредиентной шизофрении и в 84 %—при медленно и исподволь развивающейся простой форме. Можно предполагать, что в этих случаях именно само половое созревание с его эндокринными сдвигами оказалось провокатором, выявившим наследственное неблагополучие.

Роль наследственности и воспитания в генезе подростковой шизофрении

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Значение наследственности в генезе шизофрении несомненно, хотя сущность еще не ясна. По данным М. Е. Вартаняна (1983), частота психических аномалий у родственников первой степени отличается при разных формах шизофрении. При непрерывно-текущей (сюда была включена и вялотекущая) форме манифестные психозы у родственников первой степени отмечены в 13 %, психопатии — в 45 %, а при рекуррентной шизофрении (шизо-аффективном психозе)—соответственно в 20 и 21 %. Приступообразно-прогредиентная форма заняла промежуточное положение.

Наши данные о больных — подростках мужского пола — оказались следующими. При вялотекущей шизофрении психозы у кровных родственников всех степеней отмечены лишь в 17 %, а личности с выраженными психопатическими чертами — в 38 %. При прогредиентной шизофрении психозы были в 32 %, а психопатические личности — в 22 % [Личко А. Е., 1979]. Прогностического значения наследственная отягощенность в целом или наличие эндогенного психоза у одного из родителей, по нашим данным [Личко А. Е. и др., 1986], не имели. Однако для подростков мужского пола важным для прогноза при

вялотекущей шизофрении оказалось различие наследственной отягощенности эндогенными психозами по отцовской и по материнской линиям— последнее было гораздо более неблагоприятным ($p < 0,05$). При наследственности по отцовской линии у 21 % подростков установилась хорошая стойкая ремиссия (практическое выздоровление), и только в 6 % произошла трансформация в простую или параноидную форму. При наследственности по материнской линии хорошие стойкие ремиссии были у 11 %, а переход в простую и параноидную форму произошел в 24 %.

Высказывалось суждение, что значение имеет не сам наследственный фактор, а воспитание детей в семье, где один из родителей болен психозом или был наделен тяжелыми психопатическими чертами. Особенно обращали на себя внимание матери подростков, заболевших шизофренией. Появился даже специальный термин «мать шизофреника»— *schizophrenic mother* [From-Reichman, 1948; Parker G., 1982]. Такая мать обычно лидирует в семье и наделена чертами характера, сходными с паранойяльной акцентуацией [Личко А. Е., 1985]. Она не критична к состоянию и поведению больного, предъявляет врачам невыполнимые требования, подозрительна, вязка, неспособна перенести разлуку с больным при его госпитализации, с которым у нее устанавливается «симбиотическая связь»— патологическая взаимозависимость, с ее стороны сочетающая сверхопеку со скрытыми элементами эмоционального отвержения. Отношение самого больного подростка к матери бывает амбивалентным: нелепые требования, черствость и холодность могут сочетаться с привычной зависимостью от матери, и бурный протест на госпитализацию может отражать реакцию на непривычную разлуку с ней. Типичная «мать Шизофреника» чаще встречается при вялотекущей и непрерывно-прогредиентной шизофрении и редко — при шизоаффективном психозе.

Психопатоподобные расстройства при шизофрении нередко сочетаются с особым воспитанием до болезни — доминирующей гиперпротекцией в ригидной псевдосолидарной семье с жестко регламентированными внутрисемейными отношениями [Эйдемиллер Э. Г., 1978]. В такой семье господствуют не эмоциональные привязанности, а привычка друг к другу, ставшая неотъемлемым укладом жизни.

Однако значение семейно-ситуационных факторов относительно. Установлено, что частота заболевания шизофренией у детей от родителей, больных этим заболеванием, приблизительно одинакова независимо от того, выросли ли они в родительской семье или с раннего детства воспитывались приемными здоровыми родителями [Kety S. et al., 1976]. Известны случаи шизофрении у подростков из вполне гармоничных семей при

правильном воспитании и без каких-либо явных или скрытых психических травм. И, наоборот, в таких же неблагоприятных условиях сиблинги могли вырастать здоровыми. Считается, что вообще вероятность заболевания шизофренией родных братьев и сестер — около 15 % [Вартанян М. Е., 1983].

Акцентуации характера как предрасполагающий фактор

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Формирование акцентуаций характера в основном происходит в подростковом возрасте. Черты характера в этот период жизни выражены ярко. При повзрослении они сглаживаются под влиянием опыта. При акцентуациях характера отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий [Личко А. Е., 1979, 1983]. При эндогенных психозах акцентуации характера могут предрасполагать к заболеванию или повышать его риск [Личко А. Е., 1985]. При остро начавшейся прогрессивной шизофрении роль акцентуации характера сказывается в определении типа ремиссии [Ефименко В. Л., Кашкаров В. И., 1978].

На значение преморбидной личности (для подростков — это преморбидная акцентуация характера) как фактора, предрасполагающего к разным формам шизофрении, указывали многие авторы. Например, для злокачественной юношеской шизофрении характерны «образцовые личности» в преморбиде [Пекунова Л. Г., 1974] — дети и подростки до болезни отличались послушанием, не доставляли родителям особых хлопот. Вернее было бы сказать о преморбидной конформной акцентуации характера [Личко А. Е. 1977, 1983], так как такие подростки безынициативны, ничем активно не интересуются, а пассивно следуют установленным для них правилам. Считается, что гипертимный преморбид располагает к шизоаффективным психозам [Цуцельковская М. Я. и др., 1977], к возникновению аффективно-онейроидных, и аффективно-бредовых синдромов [Симашкова Н. В., 19(83)], в то время как стеничная шизоидность — к параноидной шизофрении. При прогрессивной шизофрении вообще наиболее частым преморбидом признается шизоидный, а по данным С. Д. Озерецковского (1976), также астеноневротический, хотя 36 % подростков с острым началом шизофрении не обнаружили в преморбиде вообще никаких ярких характерологических черт.

По нашим данным (табл. 2) в сравнении с подростковой популяцией [Иванов Н. Я., 1985], при вялотекущей шизофрении достоверно ($p < 0,05$) чаще встречаются шизоидный тип и группа астенических типов (сенситивный, психастенический, астеноневротический) и достоверно реже — неустойчивый и группа аффективных типов (гипертимный, циклоидный, эмоционально-лабильный). При прогрессивной шизофрении

также чаще бывают шизоидный и сенситивный преморбиды и реже — неустойчивый и группа аффективных. Зато преморбид больных шизо-аффективными психозами существенно иной. Здесь нет каких-либо типов акцентуаций характера, достоверно более частых, чем в общей популяции подростков. Не отличается от популяции частота гипертимного типа и всей аффективной группы акцентуаций в целом, а также шизоидного типа. Это не сходится с данными о преморбиде у взрослых больных периодической шизофренией [Цуцельковская М. Я. и др., 1977], а именно: гипертимный и циклоидный преморбид предрасполагает к этому психозу, но подобный вывод был сделан на основании сопоставлений разных форм шизофрении без учета данных о здоровой популяции подростков. При шизоаффективном психозе так же, как в здоровой популяции, почти в половине случаев отсутствуют признаки какого-либо типа акцентуации характера. Достоверно реже встречается неустойчивый тип.

Таблица 2. Частота разных типов акцентуаций характера (%) у подростков мужского пола (по данным клинической оценки преморбиды)

Типы акцентуаций	Вялотекущая шизофрения	Прогрессирующая шизофрения	Шизоаффективный психоз	Общая популяция	
				14 — 16 лет	16 — 17 лет
Группа аффективных типов В том числе:					
гипертимный	7	4	18	15	21
циклоидный	4	3	11	5	12
лабильный	0	0	1	8	3
	3	1	6	2	6
Группа астенических типов	16	25	11	4	5
В том числе:					
астеноневротический	2	2	2	1	1
сенситивный	11	18	6	2	3
психастенический	3	5	4	1	1
Другие типы:					
шизоидный	36	29	12	8	8
эпилептоидный	11	7	6	5	9

истероидный	4	3	1	2	2
неустойчивый	2	3	1	7	14
конформный	6	4	3	11	3
Тип не определен	18	25	48	48	38

Глава 2. Психопатоподобные расстройства. Определение и систематика.

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

В подростковом возрасте, особенно у мальчиков, шизофрения часто проявляется нарушениями поведения и изменениями характера, присущими некоторым типам психопатий (т. е. конституциональным аномалиям характера), главным образом шизоидному, а также эпилептоидному, неустойчивому, реже — истероидному [Личко А. Е., 1983, 1985].

Психопатоподобными изменениями может целиком ограничиваться картина заболевания. В таких случаях они сперва относительно медленно нарастают (инициальный период). Затем под влиянием некоторых психогенных факторов, которые обычно вряд ли могут быть названы психическими травмами (например, изменение уклада жизни вследствие смены учебного заведения, переезд на новое место и т. п.), или без всякой видимой причины психопатические нарушения неожиданно разворачиваются и приводят к социальной дезадаптации (период манифестации болезни). В дальнейшем эти нарушения могут постепенно сглаживаться (чаще это происходит с повзрослением) или остаются на долгие годы без существенных изменений. Подобные случаи принято обозначать психопатоподобной вялотекущей (малопрогрессирующей) шизофренией.

Однако при другом менее благоприятном варианте течения болезни вслед за периодом психопатоподобной манифестации, длящимся от нескольких месяцев до 2—3 лет [Личко А. Е. и др., 1986], могут возникать галлюцинации и разные формы бреда или начинают нарастать апатия, бездеятельность, эмоциональное оскудение, а иногда присоединяются и выраженные нарушения мышления, т. е. развивается параноидная или простая форма непрерывно-прогрессирующей шизофрении.

С психопатоподобными нарушениями приходится также сталкиваться у подростков, перенесших острые приступы (шубы) шизофрении, когда улучшение состояния после подобных приступов бывает неполным (психопатоподобный тип ремиссии).

Особую и меньшую по частоте группу составляют подростки, заболевшие шизофренией в детстве, у которых дальнейшее развитие заболевания приостановилось, однако болезнь

отложила сильный отпечаток на их поведении, характере, личности в целом («постпроцессуальные психопатии»).

Впервые психическое расстройство у подростков и юношей, совпадающее с половым созреванием и проявляющееся в основном нарушениями поведения (поначалу подростки производят впечатление плохо воспитанных, а не больных), было описано в конце XIX в. Карлом Кальбаумом [Kahlbaum K., 1890] под названием гебоидофрении. В отличие от сходного, но более тяжелого, юношеского заболевания — гебефрении [Kahlbaum K., 1863; Necker E., 1878]—гебоидофрения не приводила к слабоумию — прогноз при ней был более благоприятен. Ее сходство с психопатиями еще не могло быть отмечено, так как описание последних получило распространение позднее [Koch J., 1891]. В дальнейшем термины «гебоидофрения» и «гебоид» мало использовались. Чаще всего гебоидофрения рассматривалась как разновидность шизофрении [Сухарева Г. Е., 1937], реже — как самостоятельное, независимое от шизофрении, психическое расстройство [Stutte H., 1963] и даже как тип психопатии [Bilikiewicz T., 1969]. Оказалось, что психопатоподобные нарушения при шизофрении возможны не только у подростков и юношей, но и у взрослых. М. Urstein (1922) назвал подобные случаи «кататонией под картиной истерии или психопатии». Позднее вошли в обиход термины «псевдопсихопатическая» (в США) и «психопатоподобная» (в СССР) шизофрения. Д. С. Озерецковский (1973) описал два варианта этой формы у взрослых: в одном преобладала аффективная взрывчатость, в другом — нарушения влечений.

Нами [Личко А. Е., 1979, 1983] разновидности преобладающих при психопатоподобной шизофрении нарушений были систематизированы в виде синдромов, отражающих их сходство с определенными типами психопатий, с которыми при манифестации заболевания приходится проводить дифференциальный диагноз. Эти синдромы (нарастающей шизоидизации, эпилептоидный, неустойчивого поведения, истероидный) будут описаны в следующем разделе. Сходные классификации были предложены также Ф. В. Кондратьевым (1982) — синдром, имитирующий шизоидную психопатию, истероподобный и др., и А. Г. Большаковым (1984)—синдромы повышенной аффективной возбудимости, психической неустойчивости, патологически измененных влечений, полиморфный.

В 70—80-х годах в детской и подростковой психиатрии в нашей стране снова стали часто использоваться термины «гебоид», «гебоидный синдром», «гебоидная шизофрения». При этом в понятие «гебоидный» вкладывался неодинаковый смысл. М. Ш. Вроно (1981) отнес сюда только случаи шизофрении с патологическими влечениями, с жестокостью и холодностью и с

одержимостью особыми интересами и увлечениями, т. е. картину, скорее, соответствующую описываемому в следующем разделе эпилептоидному синдрому. Г. П. Пантелеева (1974) первоначально предложила весьма широкое понимание гебоидной шизофрении, охватывающее не только все психопатоподобные расстройства в подростковом и юношеском возрасте, но и другие нарушения, отражающие в искаженном виде психологические особенности пубертатного периода, например дисморфофобии и деперсонализации. В. Ф. Матвеев и соавт. (1979) обозначили гебоидной шизофренией только благоприятно завершающиеся однократные приступы с психопатоподобным синдромом в подростковом возрасте. Гебоидным синдромом стали даже называть разнообразные психопатические нарушения у подростков, например вследствие резидуального органического поражения головного мозга — «резидуально-органический гебоид» [Дедков Е. Д., 1986].

Г. П. Пантелеева, М. Я. Цуцульковская и Б. С. Беляев (1986) в монографии о гебоидной шизофрении определили гебоидное состояние как «возникающее при шизофрении в юношеском возрасте психическое расстройство, характеризующееся патологическим преувеличением и видоизменением психологических пубертатных свойств с преобладанием аффективно-волевых нарушений, в том числе и влечений, приводящих к противоречащему общепринятым нормам поведению, и выраженной дезадаптацией в обществе» (с. 58). Обозначение этого состояния как психопатоподобного признается неправильным, так как оно не отражает его главной особенности — связи с подростковым возрастом, ни того, что оно относится к психотическому уровню. Подчеркивается, что пубертатный период здесь выступает не как фактор патопластический, т. е. придающий возрастную окраску психическим расстройствам, а более тесно связан с патогенезом, хотя и не является основной причиной болезни. Основными психологическими механизмами гебоидного синдрома считаются патологически усиленная оппозиция к окружающему и стремление к самоутверждению. В зависимости от фазы пубертата выделяются разные типы гебоидов. «Ранний гебоид» (11 — 13 лет) проявляется ненавистью к близким и патологическим фантазированием; «средний гебоид» (14—15 лет)—оппозицией к обществу, общепринятым порядкам и правилам, употреблением алкоголя и других дурманных средств, беспорядочными сексуальными контактами; «поздний гебоид» (16—17 лет) представляет собой картину, известную ранее как подростковую «метафизическую интоксикацию», что рассматривается как патологическое самоутверждение путем духовного совершенствования. Кроме приведенной возрастной систематики, гебоиды разделяются еще по-другому. Помимо типичного «чистого» гебоида, выделяется еще «аффективный гебоид», где все нарушения разворачиваются на фоне легкого

гипоманиакального состояния с расторможенностью или субдепрессии со злобностью и склонностью к алкоголизации. Подобные состояния были ранее описаны нами как деликвентные эквиваленты депрессий и гипоманиакальных состояний [Личко А. Е., 1979]. При «редуцированном гебоиде» бывает представлен лишь какой-либо один симптом (например, нарушение влечений или сверхценные интересы). При дефектно-гебоидном состоянии падает продуктивность и снижается «энергетический потенциал». Таким образом, гебоидность оказывается весьма широкой категорией, охватывающей почти все психопатоподобные расстройства подросткового возраста. За ее пределами оказываются лишь неврозоподобные синдромы, хотя некоторые из них, так же как гебоидный, считаются присущими подростковому возрасту и вполне подходят под определение Г. П. Пантелеевой и др. (1986, с. 58), приведенное выше (синдромы аноректический, дисморфоманический).

В 80-х годах в американской психиатрии «псевдопсихопатическая шизофрения» была исключена из класса шизофренических расстройств. Подобные случаи стали рассматриваться как «расстройства личности» (DSM-III, 1980), т. е. обозначаться термином, аналогичным психопатиям в советской психиатрии. Состояния большинства больных вялотекущей психопатоподобной шизофренией, скорее всего, будут расценены как «пограничное расстройство личности», критериями для диагностики которого указаны импульсивность, непостоянство межличностных отношений, частые неконтролируемые вспышки ярости, аффективная нестабильность, несформированность жизненных целей и принципов, непереносимость одиночества, склонность к саморазрушающему поведению и хроническое чувство опустошенности и скуки. Другая часть случаев, возможно, будет диагностирована как «антисоциальное расстройство личности», «расстройство идентичности» и др.

Сходная тенденция в отношении психопатоподобных расстройств наметилась в советской психиатрии. Хотя в адаптированной для использования в СССР МКБ-9 (1983) предусмотрена «вялотекущая шизофрения с неврозоподобной и психопатоподобной симптоматикой» (шифр 295.51), но в «Руководстве по психиатрии» под ред. А. В. Снежневского (1983) среди вариантов мало-прогредиентной шизофрении психопатоподобная форма не описана. Если картина ограничивается психопатоподобными расстройствами, то подобные случаи расцениваются как «латентная шизофрения» [Смулевич А. Б., 1987]. Это делает трактовку данных случаев неясной и даже двусмысленной: если болезнь еще скрыта, еще не проявилась, остается латентной, то откуда же психопатоподобные расстройства, следует ли начинать активное

лечение и правомерно ли таких лиц считать невменяемыми?

Предлагаемая нами систематика психопатоподобных расстройств при шизофрении у подростков учитывает форму и стадии развития заболевания и особенности проявлений этих расстройств.

В зависимости от картины нарушений описаны синдромы (на основании их сходства с определенными типами психопатий):

1. Синдром нарастающей шизоидизации.
2. Эпилептоидный синдром.
3. Синдром неустойчивого поведения.
4. Истероидный синдром.

При разных формах и стадиях шизофрении выделяются:

1. Психопатоподобная форма вялотекущей шизофрении.
2. Психопатоподобные дебюты прогрессивной (простой, параноидной) шизофрении.
3. Психопатоподобные неполные ремиссии при приступообразно-прогрессивной и непрерывно-прогрессивной шизофрении.
4. Постпроцессуальные псевдопсихопатии (после приступов шизофрении, обычно, перенесенных в детстве).
5. Психопатоподобные изменения личности при шизоаффективных психозах.

По мнению М. П. Исаченковой (1986), психопатоподобным картинам при шизофрении у подростков и юношей свойствен «синдром сверхценных образований». В него включены и увлечения, интересы (т. е. патологическое хобби), и страхи, и переживания своей ущербности, и «сверхценное фантазирование», и многое другое, даже идеи мести и убийства, т. е. широкий круг нарушений, не достигающих бреда. Некий общий радикал, прежде всего особая аффективная заряженность переживаний, во всех этих случаях имеется, но это представляется недостаточным для объединения в единый синдром

Нам представляется целесообразным говорить именно о синдромах, а не о субформах или вариантах форм [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983], так как в течение

заболевания синдром может измениться. Довольно часто приходится видеть сочетание симптомов из разных психопатоподобных синдромов и даже присоединение к ним симптомов неврозоподобных. Определение синдрома в таких случаях осуществляется на основании преобладающей симптоматики.

**Основные синдромы
психопатоподобных расстройств.
Синдром нарастающей
шизоидизации.**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Основным признаком этого синдрома является нарастание замкнутости, сочетающееся, с одной стороны, с заметным снижением успеваемости и неспособностью к систематическому труду, а с другой стороны,— с появлением патологических увлечений («патологические хобби»).

Замкнутость проявляется молчаливостью, формальным контактом с окружающими, некоторым охлаждением к близким, а также тем, что прежних приятелей теряют, а новых не заводят. Лишь иногда появляются случайные знакомства с лицами, неподходящими по возрасту и принятому кругу общения. Сущность этих контактов близким не раскрывают, иногда они бывают связаны с упомянутыми патологическими хобби.

Учеба постепенно забрасывается. Поначалу иногда, казалось бы, по многу часов могут сидеть за домашними заданиями, но они оказываются или невыполненными, или сделанными на крайне низком уровне. На уроках пассивно присутствуют, а затем вообще могут бросить посещать занятия.

Однако выраженного «падения энергетического потенциала» при этом не происходит. Место учебы или труда занимает напряженная деятельность в области необычных увлечений или поведение, состоящее из цепи энергичных, но поражающих своей нелогичностью поступков. Например, 16-летний подросток заставил свою 12-летнюю сестру написать матери записку («Мама! Я ухожу навсегда!»), увез ее из дома за город в лес и оставил ночевать в заброшенной землянке. Вечером вместе с матерью ходил ее искать по дворам, заявлять в милицию, на другой день тайком возил ей в лес еду, а когда та самостоятельно вернулась, объяснил свой поступок тем, что «хотел проверить эффективность работы милиции».

Патологические увлечения отличаются три особенности: 1) вычурность и необычность для данного возраста и поколения; 2) напряженность, крайнее озлобление, когда «мешают» заниматься любимым делом; заполнение им всей жизни подростка в ущерб не только учебе, но и отдыху, сну, здоровью; 3) непродуктивность — никакого реального результата, тем более успеха, в излюбленной области не достигается; иногда

даже обнаруживается поразительная неосведомленность в ней, несмотря на каждодневные многочасовые занятия (увлекающийся химическими опытами не знает элементарных школьных основ этой дисциплины и т. п.).

Среди патологических увлечений особенно часто встречаются вычерчивание различных планов, составление никому не нужных расписаний, стереотипные рисунки самолетов, автомашин и т. п. Коллекционирование также может быть нелепым — например, собирание образчиков испражнений разных видов животных, но может оказаться опасным для окружающих (домашний склад неразорвавшихся патронов, гранат, мин, найденных в местах бывших боев). Патологическим увлечением могут стать и каждодневные многочасовые блуждания по городу с целью, например, изучить маршруты транспорта, или по зоопарку якобы для исследования жизни животных, по лесам и болотам, чтобы «познать природу» — ничего связного о своих впечатлениях при этом рассказать не могут. Патологические хобби могут также быть телесно-мануальными [Личко А. Е., 1973]: многочасовые упражнения с гантелями, чтобы нарастить мышцы и т. п.

Патологические увлечения обычно начинаются с манифестацией заболевания. Однако прежние увлечения (шахматы, музыка, рисование), возникшие и упрочившиеся еще до болезни, могут сохраняться и оставаться достаточно продуктивными.

Довольно характерным для данного синдрома является нарастающая неприязнь к родителям, особенно к матери или к тому из членов семьи, кто ранее был наиболее близок. Иногда выявляется неряшливость, небрежность в одежде, нежелание причесываться, мыться, менять белье.

Употребление алкоголя мало свойственно для данного синдрома. Лишь изредка небольшие количества спиртного выпивают в одиночку, используя в качестве своеобразного допинга, снимающего внутреннюю напряженность. Зато курят нередко и по многу. Иногда также обнаруживается склонность как бы экспериментировать на самом себе, в том числе испробовать тайком действие различных токсических или дурманных веществ, но стойкого влечения к какому-либо одному из них не формируется. Правонарушения довольно редки, а если и совершаются, то в одиночку и бывают связаны с патологическими увлечениями или обусловлены заумными доводами (например, кража магнитофона в «богатой квартире» с тем, чтобы передать его тем подросткам, которым его не на что купить). Так же редкими, но неожиданными и порой совершенно нелепыми бывают суицидные попытки. Может вспыхнуть страсть к бродяжничеству, но чаще приходится встречать

патологическую привязанность к местам, где прошло детство. Тогда все связанное с детскими годами вспоминают с умилением — один из подростков назвал это переживание «тоской по ушедшему детству».

Сексуальная активность обычно ограничена интенсивным онанизмом. При мастурбации не слишком заботятся, чтобы остаться незамеченными, но при укорах или расспросах с озлоблением ее отрицают.

Около половины больных с детства в преморбиде обнаруживают шизоидные черты [Александров А. А., 1981]. У остальных каких-либо ярких особенностей характера не выступало; ничем существенным от сверстников они не отличались.

Дифференциальный диагноз главным образом приходится проводить с формированием шизоидной психопатии в подростковом возрасте, а также с патохарактерологической реакцией на фоне акцентуации этого типа (табл. 3). С другой стороны, дифференцировать необходимо с психопатоподобным дебютом прогрессивной шизофрении. Диагностические критерии будут изложены в разделе, посвященном этим дебютам. Вероятность перехода синдрома нарастающей шизоидизации в параноидный или апатобулический синдром составляет около 40 % [Личко А. Е. и др., 1986].

Таблица 3. Дифференциально-диагностические критерии между синдромом нарастающей шизоидизации и шизоидной психопатией и акцентуацией характера

Критерии	Синдром нарастающей шизоидизации	Шизоидная психопатия и акцентуация
Особенности контактов на фоне замкнутости	Избирательные контакты сохраняются «по привычке» с друзьями детства, младшими сибсами, хотя становятся все более формальными. Возможны непонятные контакты со случайными незнакомцами, не подходящими ни по возрасту, ни по среде, где воспитывался больной	Возможны избирательные стойкие контакты со взрослыми или сверстниками, способными разделить интересы и увлечения
Эмоциональное отношение к близким	Нарастает неприязненное отношение, особенно к матери или тем членам семьи, с кем ранее были	Внешне холодное, но способны неожиданно проявить участие и заботу о заболевших

	наиболее близки	или попавших в беду близких. Сами же при неудачах и обидах замыкаются, не ищут сопереживания
Учеба и труд	Заметно снижается способность приобретать новые знания и навыки из-за несобранности и неспособности сосредоточиться	Могут забрасывать, потеряв интерес или не желая появляться среди сверстников. При этом могут устойчиво работать среди взрослых или хорошо успевать по отдельным предметам
Опрятность	Возможен немотивированный отказ мыться, менять белье, раздеваться, ложась в постель	Сохраняется элементарная чистоплотность, хотя отношение к одежде, причёске может быть безразличным и пренебрежительным
Патологическое увлечение (хобби)	Не продуктивны: никаких новых знаний, умений, навыков не приобретается	Всегда продуктивны, т. е. дают новые знания и умения, хотя не всегда пригодные для использования в жизни
Фантазирование	Фантазии нелепые или вычурные, часто окрашены мрачными красками (например, «люблю представлять, как по улицам бегут скелеты и теряют свои кости»). Иногда бывают чрезмерно откровенны, рассказывая о своих фантазиях	Часто носят сексуальный характер или служат утешению своей гордости. Избегают раскрывать другим содержание своих фантазий
Реакция эмансипации	То безразличны к мелочной опеке, то внезапно бурно протестуют вплоть до немотивированных уходов из дома. Часто твердят о желании жить отдельно от родных, хотя неспособны элементарно обслужить себя в быту	Могут терпеть опеку в быту, но резко отвергают попытки старших корректировать их интересы и увлечения
Реакция группирования	В подростковых группах не участвуют или	Стараются держаться особняком от

я	становятся пассивными исполнителями в руках более стеничных личностей Часто третируются сверстниками	подростковых компаний, подчеркивают свою независимость
Сексуальная активность	Обычно ограничивается упорным онанизмом. Не заботятся, чтобы его скрыть от старших	Внешне асексуальное поведение. Сексуальные фантазии, онанизм скрывают от всех
Употребление алкоголя и других дурманных средств	Не характерно. Если выпивают, то небольшие дозы для «снятия внутреннего напряжения». Иногда склонность к экспериментированию над собой: пробуют на себе действие различных токсических веществ	Небольшие дозы алкоголя могут употребляться, чтобы облегчить контакты. Интерес к токсическим веществам, способствующим фантазированию
Побеги из дома	Чаще непродолжительные отлучки в виде блужданий. Их причин не объясняют или приводят невразумительные доводы	Бывают связаны с патологическим фантазированием или вызваны непереносимой ситуацией (необходимость многих неформальных контактов, вторжение во внутренний мир со стороны и т. п.)
Правонарушения и общественно опасные действия	Обычно бывают пассивными исполнителями чужой воли или совершают по заумным доводам	Предпочитают действовать в одиночку, без сообщников, хорошо планируют свои действия, поэтому редко попадают. При кражах обнаруживают искусные умения и изобретательность
Суицидные попытки	Могут носить характер «экспериментирования над собой» или совершаться по невразумительным доводам	Не характерны даже в психо-травмирующих ситуациях

Механизмы психологическ ой защиты	В трудных ситуациях обнаруживается недостаточность этих механизмов: ведут себя нелепо, подставляют под удар, бывают растеряны или игнорируют происходящее, не озабочены грозящими последствиями	В трудных ситуациях замыкаются, склонны погружаться в фантазирование про себя или целиком отдаются излюбленному увлечению

В качестве примера использования упомянутой дифференциально-диагностической таблицы приводятся следующие клинические иллюстрации.

Роберт Ф., 15 лет. Сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Живет вдвоем с матерью, отец умер несколько лет. назад. С детства замкнут, серьезен, избегал шумных игр. До 14 лет хорошо учился, был дисциплинирован, увлекался химией и радиотехникой, занимался спортом (плавание, гребля). Близких друзей не имел, но отношения со сверстниками были ровными.

Последние полгода постепенно изменился. Все больше времени стал проводить за какими-то химическими опытами, которые ставил в своей комнате. Поздно ложился, «перепутал день с ночью». Бросил ходить в школу. Не мог утром вовремя проснуться, грубо отталкивал мать, когда она его будила. Вечером выгонял мать из своей комнаты, чтобы «не мешала». Дома ей ничем не помогал. К ее болезням относился безразлично. Перестал пускать к себе одноклассников. Затем бросил умываться, отказывался принимать ванну, не хотел менять белье. Матери своего поведения не объяснял, грубил при расспросах. На улицу почти не выходил. Сделался напряженным и злобным. Требовал от матери, чтобы она купила ему микроскоп.

При поступлении в психиатрическую больницу был напряжен, отказался беседовать с врачом, требовал немедленной выписки. После инъекции аминазина смягчился, скупно сказал о том, что мечтал создать новый вид пластика, давно увлекается химией. Не хотел «попусту тратить время», поэтому бросил ходить в школу, не пускал к себе товарищей. Не менял белье, потому что в чистом «чувствовал себя плохо». После внутривенного вливания барбитала эйфории не было; рассказал, что хотел химическим путем получить новый вид лазерного луча. Признался, что своей внешностью недоволен. Никаких других болезненных переживаний не выявил.

Было проведено лечение трифтазином (до 20 мг в сутки). Состояние значительно улучшилось, приветливо встречал мать,

но держался в стороне от сверстников. К. прежним занятиям химическими опытами стал относиться с критикой. После выписки на поддерживающей терапии возобновил занятия в школе, хорошо успевал по точным наукам, но оставался малообщительным.

Физическое развитие с умеренной акселерацией. При неврологическом осмотре — без отклонений.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не выявлено; отмечена некоторая тенденция к резонерству.

При патохарактерологическом обследовании диагностирован смешанный эпилептоидно-истероидный тип (не соответствует данным анамнеза и наблюдениям за поведением); выявлена амбивалентность в отношении к алкоголизации (спиртных напитков ранее не употреблял). Дискордантности характера не установлено.

Дифференциально-диагностические критерии, соответствующие синдрому нарастающей шизоидизации при психопатоподобной шизофрении (см. табл. 3): эмоциональное отношение к близким (неприятное к матери), опрятность (отказ мыться и менять белье), патологическое хобби (непродуктивность занятий химическими опытами).

Критерии, соответствующие шизоидной психопатии: учеба и труд (заброшены из-за утраты интереса), реакция эмансипации (отвержение только вме-1цательства в увлечения), сексуальная активность (внешняя асексуальность).

Диагноз. Вялотекущая психопатоподобная шизофрения. Синдром нарастающей шизоидизации.

Катамнез через 3 года. Через год после выписки бросил принимать трифтазин. Вскоре перестал выходить из дома, так как «люди обращали на него внимание», оставил школьные занятия. Вновь был госпитализирован. После лечения. стал учиться в вечерней школе, затем работать наладчиком радиоаппаратуры. Оставался замкнутым, необщительным, свободное время проводил дома в одиночестве, чем-то занимался, но свои занятия таил от всех.

Дмитрий Ч., 13 лет. Младенцем был усыновлен. Сведений о наследственности нет. С детства любил играть один, с детьми не сходилась. Хорошо учится в английской школе, хотя язык дается плохо; увлекается географией, любит разглядывать карты, сам чертит схемы. Ни с кем не дружит, подвижных игр избегает, но охотно один ездит на велосипеде за город. Прошлым летом был

отправлен в пионерский лагерь — через несколько дней сбежал оттуда, причин не объяснял. Незадолго до поступления в детскую психиатрическую больницу совершил второй побег, из-за чего был госпитализирован. Один уехал из Ленинграда в Выборг, украв дома деньги. Через сутки был обнаружен ночующим под лодкой. Возвращенный домой замкнулся, не разговаривал и не ел.

При поступлении отмалчивался, причин побега и своего поведения дома не объяснил, настойчиво просил его отпустить. В отделении держался в стороне от ребят, режиму подчинялся, ел без принуждения, опрятность была сохранена. Через несколько дней вступил в контакт с врачом, беседуя о географии, затем внезапно расплакался, рассказал, что сбежал из дома после конфликта в школе, где его несправедливо обвинили в том, что он украл альбом с марками у товарища, и требовали «просить прощения перед всем классом, а мама им поверила». Решил убежать в Выборг, потому что недавно прочел об этом городе интересную книгу. Во время побега осматривал достопримечательности этого города; когда пошел дождь, то спрятался под перевернутую лодку и уснул. Категорически отказался идти в прежнюю школу, в другую — согласился («только не в английскую, я люблю географию и математику»).

При психопсихологическом обследовании признаков искажения обобщения не обнаружено. Патохарактерологическое обследование не проводилось.

Физически развит по возрасту. По заключению дерматолога, страдает ихтиозом.

Дифференциально-диагностические критерии (см. табл. 3), соответствующие синдрому нарастающей шизоидизации при психопатоподобной шизофрении, отсутствуют. Критерии, соответствующие шизоидной психопатии: особенности контактов (возможен со взрослым, способным разделить интересы), эмоциональное отношение к близким (внешне холодное, но обидчив и замыкается при неудачах), учеба и труд (хорошо успевает по отдельным предметам), опрятность (сохранена), увлечения (продуктивные занятия географией, хорошо ее знает сверх программы), побеги из дома (вызваны непереносимой ситуацией), механизмы психологической защиты (в трудных ситуациях замыкается).

Диагноз. Острая импунитивная аффективная реакция на фоне шизоидной акцентуации характера.

Катамнез через 6 лет. Окончил школу, курсы киномехаников, работает по специальности и учится в вечернем кинотехникуме. С 16 лет. живет один — мать вышла замуж, уехала в другой

город и порвала с ним всякую связь. Хорошо зарабатывает, сам полностью организовал свой быт. Увлекается фотографией. Близких друзей не имеет.

Эпилептоидный синдром

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Данный синдром характеризуется холодной жестокостью, нарушениями влечений, иногда склонностью к тяжелому пьянству, а также сочетанием чрезмерного внимания к своему здоровью с подозрительностью ко всяким лечебным процедурам.

Жестокость бывает совершенно не связана с аффектом, но тем не менее изуверской. Причины жестоких поступков либо вообще не объясняются, либо приводятся совершенно невразумительные доводы. Например, 14-летний подросток нанес кухонным ножом тяжелое ранение своей матери, потому что она «гремела на кухне кастрюлями и мешала ему спать». Аффективность либо вообще не свойственна, либо острые аффективные реакции возникают по малозначительным поводам и, главное, могут быстро и даже внезапно обрываться [Гурьева В. А. и др., 1980]. После крайне агрессивных или аутоагрессивных действий больные ведут себя, как ни в чем не бывало.

Нарушения влечений чаще всего касаются сексуального инстинкта. Объектом влечения могут стать члены семьи (у мальчиков особенно часто — мать), даже малолетние дети, а способы удовлетворения отличаются либо инфантильностью (например, страсть раздевать донага маленьких детей), либо склонностью к фетишизму (желание стирать белье матери), но особенно часто проявляется садизм. Сексуальное удовлетворение могут получать, зверски мучая животных, например забивая бродячих кошек или потроша птицу и рыбу. Иногда любят разглядывать мертвецов и даже собирать и копить тушки мелких животных и птиц.

Нарушения влечений могут также распространяться на пищевой инстинкт, что проявляется как вычурными диетами, так и поеданием несъедобного.

Алкоголизация, если возникает, то становится тяжелой и длительной. Изначально толерантность к алкоголю высока, обычно отсутствует рвотный рефлекс. В опьянении злобны и агрессивны. Пьянство может приобретать характер так называемых псевдозапоев. Однако неожиданно без всякого противоалкогольного лечения, которое само по себе неэффективно [Беляев Б. С., 1977], могут прервать продолжительную и интенсивную алкоголизацию без каких-либо

выраженных явлений абстиненции. По мнению Б. С. Беляева (1986), развитие алкоголизма здесь как бы задерживается на I стадии.

Если начинают употреблять другие дурманные средства, то охотно доводят себя до полубессознательных состояний. В случае использования наркотиков физические явления абстиненции также бывают умеренно выражены.

Учеба и труд чаще забрасываются. Иногда при невысоких требованиях на несложной стереотипной работе могут довольно долго удерживаться.

Считается, что при вялотекущей шизофрении с аффективными расстройствами и нарушениями влечений наиболее высок риск общественно опасных действий [Озерецковский Д. С., 1973]. По нашим данным [Личко А. Е., 1986], частота судебно-психиатрических экспертиз при эпилептоидном синдроме (12 %) значительно уступает их частоте при синдроме неустойчивого поведения (29 %), хотя особо опасные действия (нанесение тяжких повреждений, изнасилования и т. п.) совершаются именно при эпилептоидном синдроме.

Патологическое фантазирование встречается довольно редко, но тогда приобретает злобный и садистский характер, что иногда проявляется в рисунках жестоких сцен. Без видимых провоцирующих причин могут возникать идеи отношения, однако обычно они нестойкие.

Поражает удивительное сочетание внешней опрятности костюма и прически с нечистоплотностью и отсутствием брезгливости. Например, 14-летний подросток копил в чемодане под своей постелью тушки задушенных им голубей; другой укладывался спать на простыню в начищенных до блеска ботинках.

Патологические увлечения наблюдаются не всегда, но если появляются, то так же, как при синдроме нарастающей шизоидизации, бывают совершенно непродуктивными.

Дифференциальный диагноз необходим с формированием эпилептоидной психопатии или патохарактерологической реакцией на фоне акцентуации этого типа (табл. 4), а также с эпилептоидным синдромом в дебюте прогрессивной шизофрении.

Таблица 4 Дифференциально-диагностические критерии между эпилептоидным психопатоподобным синдромом и эпилептоидной психопатией и акцентуацией характера

Критерии	Эпилептоидный психопатоподобный синдром	Эпилептоидная психопатия и акцентуация
Аффекты	Могут отсутствовать. Если возникают, то обычно внезапно и бывают маломотивированными, также внезапно прерываются	Постепенно назревают, носят взрывной характер, долго не наступает успокоения. Учащаются при дисфориях
Дисфории	Типичные отсутствуют. Иногда больные отмечают периоды мрачно-тоскливого настроения, но внешне их поведение при том мало меняется	Часто встречаются, ярко внешне проявляются мрачной угрюмостью, озлобленностью, поисками предмета, чтобы «сорвать зло»
Жестокость	Холодная, нелепая, изуверская. Жестокие поступки не объясняют или приводят невразумительные доводы	Обычно на высоте аффекта или дисфории. Иногда — следствие сексуального садизма, тогда сопровождается выраженными эмоциями
Сексуальность	Часто обращена на членов семьи (у мальчиков — на мать) или на маленьких детей. Изогранные садистские перверзии	Рано и сильно проявляется, беспричинная ревность, усиливающаяся при дисфориях. Склонность к садизму и мазохизму. Гомосексуализм в активной форме при недоступности гетеросексуальных контактов
Моторика	Характерных особенностей может не быть	Медлительность и тяжеловесность движений
Опрятность и аккуратность	Могут полностью исчезать или противоречиво сочетаются внешняя аккуратность с нечистоплотностью и отсутствием безгливости	Всегда сохранены. Обычно очень чистоплотны
Алкоголизация	При склонности к тяжелым опьянениям и	При пьянстве быстро развивается

	запойм длительная алкоголизация может прерываться без выраженных явлений абстиненции. Палимпсесты не характерны	физическая зависимость от алкоголя с выраженной абстиненцией. Встречаются ранние палимпсесты
Употребление наркотиков и дурманных средств	Если начинают употреблять, то предпочитают средства, быстро доводящие до полубессознательного состояния. Выраженной психической зависимости не возникает	Избегают употреблять наркотики, боясь повредить здоровью, иногда используют летучие дурманные средства
Патологически е фантазии	Носят злобный или садистский характер, иногда проявляются в рисунках	Не характерны
Идеи отношения	Возникают без видимых причин, но бывают нестойкими	Отсутствуют, несмотря на подозрительность и недоверчивость
Реакция эмансипации	Проявляется деспотическим отношением к близким, особенно к матери	Направлена на родных и близких, от которых требует не только «свободы», но и «своей» доли материальных благ
Реакция группирования со сверстниками	Обычно стойкие контакты со сверстниками отсутствуют	Стремление к безраздельному властвованию в подростковой группе, подчиняют себе безвольных и слабых
Патологически е увлечения	Встречаются не всегда, но если возникают, то так же непродуктивны, как при синдроме нарастающей шизоидизации	Любят азартные игры, коллекции ценных вещей, спорт, требующий грубой силы (тяжелая атлетика и т. п.). Иногда — ручные поделки со скрупулезной тщательностью выполнения
Суицидальное поведение	Возможны серьезные, даже brutальные, опасные для жизни	Склонны к демонстративному поведению, чаще с

	действия без объяснений или основанные на невразумительных доводах	целью напугать или «отомстить» обидчику, - реже с целью избежать наказаний
Аутоагрессия	Могут постоянно наносить себе мелкие повреждения порезами, уколами, укусами	Чаще встречается на высоте аффекта или во время дисфории, чтобы «разрядиться», реже как проявление мазохизма (ожоги от горящих сигарет и т. п.)
Татуировки	Не характерны. Иногда видны следы вытравленных бывших татуировок	Нередко обильные и разнообразные на многих частях тела. По содержанию — как украшающие, так и отражающие криминальную символику
Побеги из дома	Встречаются редко	Встречаются редко, но тогда приобретают свойства истинных дромоманий
Правонарушения и общественно опасные действия	Чаще всего маломотивированное нанесение тяжких повреждений или сексуальное насилие	Тяжкие повреждения наносят во время аффекта или дисфории. Сексуальные насилия, в том числе лидерство в групповых. Присвоение материальных ценностей, не исключаящее физическое столкновение с жертвой (разбой, грабеж)
Механизмы психологической защиты	Игнорирование психотравмирующей ситуации	Стремление к точному выполнению привычных обычаев и обрядов. Во время дисфории — избегание контактов, занятие наедине работой, требующей мелочной аккуратности

Риск перехода эпилептоидного психопатоподобного синдрома в параноидную или простую форму шизофрении довольно высок,— по нашим данным,—42 %. Дифференциально-диагностические

критерии излагаются в разделе о вялотекущей психопатоподобной шизофрении.

В качестве примера использования упомянутой дифференциально-диагностической таблицы приводятся следующие клинические иллюстрации.

Дмитрий С., 16 лет. Сведений о наследственной отягощенности нет. Вырос без отца. В детстве страдал невропатией. На помещение в детский сад реагировал упорными рвотами. Первые классы школы вследствие длительной болезни матери провел в интернате, где подвергался преследованиям со стороны соучеников из-за маленького роста и физической слабости. Впоследствии хорошо учился в обычной школе, окончил 8 классов и поступил в техникум. С этого года постепенно изменился. Стал хмурым, злобным в отношении матери, разрезал ее праздничное платье, издевался над ней, однажды цинично предложил ей сексуальный контакт. Дома ломал и портил вещи. В техникуме с учебой не справлялся, занятия запустил, ни с кем не сдружился, держался в стороне от сверстников. На просьбы матери чем-либо помочь дома озлоблялся, ругал ее, называл нищей. Однажды назло ей, после того, как она убрала комнату, разложил на полу костер. Перед ее лицом махал ножом и спрашивал, куда ее ударить. Придумал себе «систему жизни»: требовал от матери особое питание, назначал ей, чем она должна его накормить на следующий день. Устраивал себе разгрузочные дни. Раз в неделю, чтобы скорее расти, делал перерыв в курении. В эти дни был особенно злобен. Иногда вечерами уходил в дискотеку, где держался особняком, ни с кем не общаясь.

В психиатрической больнице сидел в углу палаты, со сверстниками не разговаривал. На свидании с матерью проявлял к ней враждебность — отбирал передачу, отталкивал и уходил.

В беседе с врачом обнаружил склонность к резонерству. Не стесняясь, говорил о том, как выламывал матери руки. Признался, что в техникуме никак не мог привыкнуть к «новой обстановке», поэтому не смог начать заниматься. Настроение характеризовал как обычное, колебаний его не замечал.

После лечения галоперидолом стал спокойнее и мягче относиться к матери. Будучи в домашнем отпуске, помогал ей.

При патопсихологическом обследовании, кроме резонерства, выявлен симптом актуализации несущественных признаков в процессе обобщения. При пато-характерологическом обследовании определен лабильно-истероидный тип (не соответствующий данным анамнеза и наблюдению за

поведением). Признака дискордантности характера не выявлено.

Физическое развитие с чертами инфантилизма. При неврологическом осмотре: асимметрия иннервации лицевых мышц. На ЭЭГ — выраженные диффузные изменения без судорожной активности.

Дифференциально-диагностические критерии, соответствующие эпилептоид-ному синдрому при психопатоподобной шизофрении (см. табл. 4): дисфории (отсутствуют), жестокость (холодная, изуверская), сексуальность (обращена на мать), моторика (нет медлительности и тяжеловесности), реакция эмансипации (деспотическое отношение к матери), реакция группирования (отсутствие контактов со сверстниками). Критерии, соответствующие эпилептоидной психопатии, отсутствуют.

Диагноз. Вялотекущая психопатоподобная шизофрения. Эпилептоидный синдром.

Катамнез через 5 лет. После выписки стал работать на неквалифицированной работе в одном цехе вместе с матерью. В последующие годы дважды был госпитализирован в психиатрическую больницу, когда прерывал поддерживающую терапию (галоперидол или неупелтил). В эти периоды снова делался злобным, избивал мать, понуждал ее к сожителству, выкручивал ей уши. В периоды неполных ремиссий выступала эмоциональная холодность, апатичность, вялость, работал при понуждении. Никакой продуктивной симптоматики не возникало.

Евгений С., 14 лет. Отец страдает алкоголизмом, оставил семью, когда сыну было 2 года, отличается жестокостью, осужден за изнасилование. У матери тугоухость и легкая дебильность, окончила вспомогательную школу.

В раннем детстве две черепно-мозговые травмы. В 4 мес, когда плакал, отец швырнул в него металлический портсигар, попал в висок. После этого двое суток не брал груди. В 2. года упал с ледяной горки, терял сознание. В дошкольные годы косноязычие и при волнении — заикание. С 1-го класса учился плохо. С 10 лет прогуливал уроки, время проводил в уличных компаниях, начал выпивать и курить, отнимал у первоклассников мелкие деньги, покупал папиросы и сладкое вино. В 13 лет — бурное половое созревание; в 14 лет выглядит 16—17-летним. Стал возбудимым, вспыльчивым, избивал малышей и слабых, постоянно лез в драки. Воровал мелкие деньги, из дома уносил вещи. После выпивок (до бутылки вина в один прием) отдельные периоды выпадали из памяти («Как сам пришел домой — не помню»). Обидчив и злопамятен. У матери начал силком отнимать деньги. При угрозе, что его направят в специальный

интернат, сбежал из дома. Два месяца жил у какого-то одинокого молодого человека за его счет. О знакомстве с ним ничего не рассказывает. Затем сам явился в психоневрологический диспансер с просьбой лечить его от алкоголизма. Заявил, что у него бывает такое настроение, что он может кого-нибудь убить. Вином старался заглушить периоды мрачной тоски. Стал пить водку «до отключения». При меньших степенях опьянения злоба усиливалась, иногда возникали суицидные мысли («Хотелось что-то сделать с собой, но чтобы и всем досталось тоже»). В таком состоянии однажды лег на рельсы, не давая двигаться трамваю. В другой раз в людном месте бросился в канал и плавал, пока его не вытащили. Рассказал, что влюбился в девочку, которая не ответила взаимностью. Терроризировал ее телефонными звонками с угрозами убить, обезобразить лицо. Наркотиками и дурманящими средствами «не увлекался». Однажды попробовал димедрол, но возникшее состояние показалось неприятным. Другие средства избегал, чтобы «не стать наркоманом».

В подростковом отделении психиатрической больницы был угрюм, хмур, злобен. Исподтишка издевался над более слабыми. Перед врачами был слащав и угодлив, с персоналом — нагл и груб. Признался, что периодами на него «находит», испытывает сразу и тоску, и злобу на всех, ищет, на чем бы сорвать зло. Очень аккуратен, тщательно следит за одеждой и прической.

Крепкого сложения. На руках и на теле несколько татуировок криминального значения или в виде примитивных украшений. Физическое развитие с выраженной акселерацией — половой метаморфоз практически завершен, регулярно бреется. При неврологическом осмотре — без отклонений. На ЭЭГ — умеренные диффузные изменения.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не выявлено. При патохарактерологическом обследовании выявлен смешанный эпилептоидно-истероидный тип с резко выраженной склонностью к делинквентности и алкоголизации. Кроме того, сильная реакция эмансипации и нонконформизм при эпилептоидном типе свидетельствуют о высоком риске формирования психопатии.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия эпилептоидной психопатии (см. табл. 4): дисфории (мрачная тоска, поиски, на чем сорвать зло), сексуальность (ревность, преследование объекта влюбленности), опрятность и аккуратность (тщательность одежды и прически), алкоголизация (ранние палимпсесты),¹ употребление наркотических и других дурманящих средств (избегание), патологические фантазии, идеи отношения (отсутствие), реакция группирования

(подчинение безвольных и слабых), суицидное поведение (демонстративное, с целью, чтобы и «другим досталось»), татуировки на теле (обильные, как украшающие, так и отражающие криминальную символику), правонарушения (мелкий грабеж — отнимание денег у малышей).

Критерии соответствия эпилептоидному синдрому при психопатоподобной шизофрении: нет характерных для эпилептоидов особенностей моторики.

Диагноз. Эпилептоидная психопатия, осложненная алкоголизмом Г стадии. *Катамнез.* После выписки продолжал уклоняться от учебы. Несколько раз угонял автомашины, чтобы покататься. Был отправлен в специальное ПТУ. Там стал неформальным лидером в группе, заставлял себе прислуживать более слабых, 4 раза организовывал групповые побеги. В 18 лет вернулся домой. Был устроен слесарем на завод. Снова стал пьянствовать и прогуливать. Был осужден за нанесение тяжких повреждений в драке.

Синдром неустойчивого поведения

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Внешние проявления этого синдрома весьма напоминают психопатию неустойчивого типа («haltlos» — по Е. Краепелин, 1915). Сходство обуславливают постоянное тяготение к праздности и безделью, желание уклониться от учебы и всякого труда, от любых обязанностей, поиск примитивных развлечений и удовольствий, употребление алкоголя, эйфоризирующих и дурманных средств, легкость приобщения к асоциальным компаниям и деликвентному поведению, равнодушие к близким, безразличие к благополучию семьи. Иногда таких подростков долго считают не больными, а «плохо воспитанными», асоциальными, продуктом «семейной и педагогической запущенности». Особенно трудным бывает дифференциальный диагноз с неустойчивой психопатией, когда продолжительность наблюдения ограничена, а заключение должно быть четко определено, например в условиях судебно-психиатрической экспертизы.

Психопатоподобный синдром неустойчивого поведения включает, однако, ряд признаков, отличающих его от нарушений при психопатии неустойчивого типа. Асоциальное поведение с бездельем и делинквентностью может сочетаться с неконформистскими, протестными заявлениями и рассуждениями. Разглагольствуют о «деспотическом режиме», «моральном угнетении», «пропасти между поколениями». Эти отрывочные, с чужих слов, высказывания не складываются в какую-либо стройную систему. Однако подобные рассуждения не характерны для подростков с психопатией неустойчивого типа. Реже при данном синдроме выступает тенденция к

настоящему резонерству.

Семья для подростков с неустойчивой психопатией служит прежде всего источником средств для удовольствий и развлечений; к семейным трудностям и невзгодам они относятся просто с безразличием. При психопатоподобном синдроме часто обнаруживается избирательно черствое или неприязненное отношение к матери или тем членам семьи, которые особенно о больном заботились. Увлечения также могут быть странными и необычными, но, в отличие от синдрома нарастающей шизоидизации, они никогда не требуют усидчивости и упорного труда. Например, 15-летний подросток занимался «дрессировкой крыс в подвале», которая сводилась к тому, что он их кормил и позволял бегать по, своему телу. Другой подросток держал в своей постели змею.

Сексуальные девиации обычно выходят за пределы того, что принято в асоциальных группах сверстников. Например, 14-летний подросток пытался изнасиловать свою 70-летнюю бабушку. Другой 16-летний подросток достигал оргазма, разглядывая обнаженной свою 2-летнюю сестру. У мальчиков встречается стремление к сожителю с матерью. У девочек инцест с отцом подобного диагностического значения не имеет.

Первый контакт с асоциальными компаниями обычно бывает случайным, но сразу же пробуждается тяготение к ним. Тем не менее в таких компаниях долго могут оставаться пассивными наблюдателями, если не становятся орудием в руках более стеничных ее членов. Несмотря на постоянное присутствие в асоциальной подростковой группе, все же продолжают быть в ней чужаками, «белой вороной»; иногда подвергаются третированию со стороны других членов группы. В подобных компаниях чаще всего происходит первое знакомство с алкоголем, с наркотиками и другими дурмаными средствами. Далее выпивки и употребление токсических веществ могут продолжаться в одиночку. Однако даже при частых пьянках физической зависимости не формируется, при внезапном перерыве выпивок признаки абстиненции весьма сглажены или вовсе отсутствуют. Абстиненция бывает слабо выражена даже при употреблении наркотиков.

Любят уходить из дома, бродяжничать по округе (поездки в дальние города не характерны), жить в подвалах, шалашах, тайниках и т. п. Кражи обычно совершают по наущению других подростков, не слишком заботятся, чтобы не попасться. Но сексуальная агрессия может быть импульсивной.

Серьезные суицидные попытки бывают редко, но подростки могут грозить суицидом и наносить себе самоповреждения. Бурную агрессию иногда могут неожиданно проявить, когда их

пытаются заставить учиться или работать.

Считается, что психопатия неустойчивого типа, как правило, сочетается с психофизическим инфантилизмом [Лебединская К. С. и др., 1978; Ковалев В. В., 1985]. При психопатоподобном синдроме неустойчивого поведения не менее часто встречается выраженная акселерация физического развития.

В преморбиде обычно не выступает каких-либо особенностей характера. Обычно до болезни были послушными и покладистыми, однако вряд ли их стоит называть «образцовыми личностями» [Пекунова Л. Г., 1974], так как нередко с детства им свойственны пассивность, подчиняемость, отсутствие интересов и фантазий [Александров А. А., 1981]. Скорее, можно говорить о конформной акцентуации характера в преморбиде, на фоне которого в подростковом возрасте происходит крутой перелом. Реже черты неустойчивого типа обнаруживаются с детства.

Дифференциальный диагноз проводится прежде всего с формированием психопатии неустойчивого типа, а также с патохарактерологической реакцией на фоне неустойчивой акцентуации характера. Последняя проявляется теми же нарушениями поведения, что и психопатия неустойчивого типа, но обычно возникает при сочетанном действии двух неблагоприятных факторов — непривычного для подростка положения относительной бесконтрольности со стороны старших и пагубного влияния асоциальных приятелей. Критерии дифференциального диагноза с психопатией и акцентуацией неустойчивого типа представлены в табл. 5, примеры ее использования даны ниже.

Таблица 5. Дифференциально-диагностические критерии между психопатоподобным синдромом неустойчивого поведения и психопатией и акцентуацией неустойчивого типа

Критерии	Синдром неустойчивого поведения	Психопатия и акцентуация неустойчивого типа
Асоциальное поведение	Сочетается с оправдывающими это поведение протестными неконформистскими явлениями. В отношении совершенных асоциальных поступков иногда обнаруживают повышенную откровенность	Протестные рассуждения не— свойственны. В отношении асоциальных поступков скрытны и лживы

Отношение к семье и близким	На фоне безразличия может быть избирательно черствое и неприязненное отношение к матери или к тем членам семьи, которые особенно любят больного	Безразличие и равнодушие к трудностям семьи и горестям близких. Семья используется как источник средств для развлечений
Учеба и труд	Обычно забрасываются одновременно с началом асоциального поведения. На понуждения могут реагировать агрессией	Стараются уклониться. При понуждении сбегают или при строгом контроле нехотя временно подчиняются
Сексуальное поведение	Сексуальные девиации могут выходить за рамки принятого в асоциальных группах. У мальчиков встречается сексуальное влечение к матери	Подражают сексуальному поведению, принятому в той асоциальной группе, к которой примыкают
Алкоголизация	Обычно начинается в асоциальной группе, но может продолжаться в одиночку. При интенсивной алкоголизации признаки физической зависимости выражены слабо	Выпивки всегда в компании, даже при выраженной психической зависимости. При интенсивном и длительном пьянстве формируется физическая зависимость
Употребление наркотиков и других дурманных средств	Может носить характер «экспериментирования над собой». При формировании наркомании явления абстиненции выражены относительно слабо	Предпочитаются средства, стимулирующие фантазирование, визуализацию представлений, галлюциногены. При формировании наркомании явления абстиненции ярко выражены
Побеги из дома и воспитательных учреждений	Убегают недалеко от дома. Любят жить в тайниках, подвалах, шалашах и т. п.	Побег совершается с целью избежать наказание или в поиске развлечений. С попутчиками могут уезжать в дальние города

Правонарушения и общественно опасные действия	По своей инициативе — чаще всего сексуальная агрессия. Пассивные исполнители в чужих руках при кражах, нападениях и т. п.	Обычно участники групповых правонарушений. В криминальной группе играют подчиненную роль
Суицидальное поведение	Нередки угрозы суицида. Серьезные попытки встречаются редко	Не характерно даже в психо-травмирующих ситуациях
Реакция эмансипации	Проявляется протестными заявлениями, уходами из дома, чтобы жить отдельно	Проявляется побегами и стремлением в асоциальную группу. На самостоятельные протесты и действия малоспособны
Критерии	Синдром неустойчивого поведения	Психопатия и акцентуация неустойчивого типа
Реакция группирования	В асоциальных группах обычно остаются чужаками, пассивными наблюдателями или исполнителями чужой воли. Одиночество переносят безболезненно	В асоциальных группах играют подчиненную роль. Плохо переносят одиночество
Увлечения	Если возникают, то бывают странными и необычными, но не требуют никакого напряженного труда	Обычно ограничивают «информативно-коммуникативным типом», т. е. многочасовыми поверхностными контактами со сверстниками. Участие в азартных играх
Резонерство и идеи отношения	Могут иногда встречаться	Всегда отсутствуют
Психофизический инфантилизм	Не обязателен. Может встречаться даже акселерация физического развития	Часто встречается
Механизмы психологической защиты	Игнорирование психотравмирующей ситуации	Бегство из психотравмирующей ситуации: «импунитивные» побеги из дома и воспитательных

учреждений,
«импунитивные»
аффективные реакции

Дмитрий К., 16 лет. В роду со стороны матери у бабки и двоих дядей — психозы. Отец погиб в катастрофе много лет назад. Вырос с матерью, отчимом и сестрой-близнецом. До 10 лет — ночной энурез. В 13 лет был помещен в интернат и с тех пор изменился. Стал плохо учиться, из интерната несколько раз совершал побеги. Пропадал, неизвестно где, по несколько суток, затем приходил домой исхудавшим, оборванным, грязным. Стал грубым, начал прогуливать уроки, потянулся к асоциальным компаниям подростков. Там был на побегушках у более стеничных членов, воровал для них лакомства и папиросы. Затем совсем бросил занятия. При попытке заставить учиться или сделать что-либо (помочь в уборке, вымыть пол, который сам же испачкал) реагировал бурной агрессией — чем попало бил мать и сестру. После окончания 8 классов не стал ходить в ПТУ, куда был зачислен, ни на завод, куда его устроили учеником. На все попытки заставить учиться или работать также реагировал бурной агрессией. Вина не пил, дурманных средств не употреблял. Все дни проводил в полном безделье, сидел во дворе дома среди знакомых подростков. Никак не реагировал на предупреждение, что будет отправлен в специальное ПТУ.

По настоянию матери был помещен на обследование в психиатрическую больницу. В подростковом отделении оставался бездеятельным, держался среди сверстников, но был пассивен, по существу, ни с кем из них не общался, не реагировал на то, что над ним подсмеивались. На свидании с матерью озлобился, грозил совершить суицид, если она немедленно не возьмет его домой. Появились идеи отношения: считал, что отчим на свидании на него «не так смотрит» и что это — неспроста. Никаких планов на будущее не строит. С врачом крайне неохотно говорит о себе, в своем поведении ничего особенного не видит. Зато стал разглагольствовать о том, что «все учителя — недоучки», «обучение в нашей стране ведется неправильно», «школа ничего в жизни не дает», «на заводе одни пьяницы», «халтурщики», «гонят брак» и т. п.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не обнаружено, интеллект — на низкой границе нормы (по методу Векслера IQ=100, вербальный = 104, невербальный = 94). При патохарактерологическом обследовании определен смешанный лабильно-неустойчивый тип.

Выявлена дискордантность формирования характера (неустойчивость/психастеничность). Отмечены неконформность и повышенная откровенность.

Физическое развитие с умеренной акселерацией. При неврологическом осмотре — без патологии.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия синдрому неустойчивого поведения при психопатоподобной шизофрении (см. табл. 5): асоциальное поведение (сочетание с нонконформистскими и протестными заявлениями для его оправдания), отношение к близким (агрессия к матери и сестре-близнецу), учеба и труд (заброшены с началом асоциального поведения, на понуждения — агрессия), правонарушения (пассивная подчиняемость в асоциальной группе в отношении мелкого воровства), суицидальное поведение (угрозы суицида, когда не выполняют желаемого), реакция эмансипации (протестные заявления), реакция группирования (пассивный наблюдатель в асоциальной группе, подвергающийся третированию сверстников), психофизический инфантилизм (отсутствует, развитие с умеренной акселерацией), механизмы психологической защиты (игнорирование психотравмирующей ситуации при угрозе отправить в специальное ПТУ). Критерии психопатии неустойчивого типа: увлечения (информативно-коммуникативный тип).

Лечение неулептилом, а затем трифтазином (до 20 мг в сутки) существенных изменений в поведение не внесло.

Диагноз. Вялотекущая психопатоподобная шизофрения. Синдром неустойчивого поведения.

Катамнез через 2 года. После выписки сразу бросил принимать лекарства. По-прежнему бездельничал. Дважды попытки устроить на работу не увенчались успехом — через 2—3 дня работу бросал. Стал бродяжничать, жил по подвалам, лишь иногда заходя домой. Снова был помещен в психиатрическую больницу. Оформлена инвалидность II группы.

Игорь К., 17 лет. Сведений о наследственной отягощенности нет. Вырос в семье с отчимом, матерью и младшим сводным братом. Отчим — алкоголик, лечился от белой горячки. Мать, буфетчица по профессии, также часто выпивает. В 5 лет перенес эпидемический паротит, осложнившийся менингитом, в 11 лет — черепно-мозговая травма с легкой коммоцией.

Учился крайне неохотно, дублировал 2-й класс. Прогуливать уроки боялся, так как отчим за это жестоко бил. По окончании 8 классов (на одни тройки) поступил в ПТУ, но здесь стал прогуливать занятия. Был устроен учеником на завод, но там бездельничал, «гнал брак», прогуливал. Тянулся к уличным компаниям, играл в карты на деньги, просиживал в подъездах со сверстниками, занимаясь пустой болтовней. Легко поддавался чье-либо влияние, даже ребят младше его. По их наущению,

уносил из дома деньги и вещи, которые продавал за бесценок. Однажды украл дома дорогую хрустальную вазу — подарок подруг матери к ее свадьбе, продал ее, а деньги «с приятелем прокатали на картинге». Очень любил аттракционы, проигрывал в них все деньги, безрассудно брал в долг у сверстников, попадал «в кабалу». Боясь наказаний отчима за домашние кражи, не возвращался домой ночевать — прятался в подвале или у кого-нибудь из приятелей, надеясь хотя бы оттянуть наказание.

Употребление спиртных напитков отрицал, пьяным никогда замечен не был. Неприязненно говорил о пьянках отчима и матери. В компании с приятелями несколько раз дышал бензином, «отключался», что-то мерещилось, содержания переживаний не раскрывал. В одиночку никогда не дышал — «не интересно». Любит компанию более младших, чем он. К девочкам интереса не проявлял. К матери равнодушен.

В психиатрическую больницу поступил по настоянию инспектора по делам несовершеннолетних, который узнал, что он дышал бензином.

В подростковом отделении несколько эйфоричен, суетлив, подпал под влияние более стеничного асоциального подростка, прислуживает ему. В беседе с врачом обнаруживает достаточный интеллект: ориентируется в обстановке, хорошо оперирует денежными расчетами, довольно толково передал содержание фильма.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не установлено, отмечено некоторое нарушение концентрации внимания. При патохарактерологическом обследовании диагностирован неустойчивый тип, выявлена повышенная склонность к делинквентности при отрицательном отношении к алкоголизации. Дискордантности характера не установлено. Физическое развитие по возрасту, но выражение лица — детское. Дифференциально-диагностические критерии соответствия психопатии неустойчивого типа (см. табл. 5): асоциальное поведение (без протестных рассуждений), отношение к близким (равнодушие, семья — источник средств для развлечений), учеба и труд (нехотя подчинялся при строгом контроле, затем уклонялся), употребление наркотиков и других дурманных средств (бензиновая интоксикация как галлюциноген), побеги из дома (как способ избежать наказания), правонарушения (подчиненная роль в кражах по наущению других), суицидальное поведение (отсутствует даже в психотравмирующих ситуациях), реакция эмансипации (побеги, отсутствие самостоятельности), реакция группирования (подчиненная роль в асоциальных группах), увлечения

(«информативно-коммуникативные хобби», участие в азартных играх), резонерство и идеи отношения (отсутствуют), психофизический инфантилизм (заметный психический инфантилизм), механизмы психологической защиты (импунитивные реакции — бегство из психогенной ситуации).

Критерии, соответствующие синдрому неустойчивого поведения при психопатоподобной шизофрении, отсутствуют.

Диагноз. Психопатия неустойчивого типа.

Катамнез через 5 лет. Осужден за воровство.

Вероятность перехода синдрома неустойчивого поведения в прогрессирующую шизофрению (чаще всего в простую форму) составляет, по нашим данным, лишь 27 %. Дифференциальный диагноз с дебютами прогрессирующей шизофрении излагается в следующем разделе.

Относительно благоприятный прогноз омрачается высокой частотой социально опасных действий. В течение 5—15 лет с момента манифестации, т. е. уже при повзрослении, у 29 % была назначена судебно-психиатрическая экспертиза, в то время как при других психопатоподобных синдромах экспертизе подвергалось в среднем 11 % ($p < 0,05$).

Дифференциальный диагноз с неустойчивым типом органической психопатии [Личко А. Е., 1977, 1983] обычно не представляет значительных трудностей. При органических психопатиях в анамнезе с раннего детства отмечаются возбудимость, крикливость, непоседливость, запаздывает формирование моторных навыков, нередко налицо невротические симптомы (беспокойный сон, энурез, заикание и др.). С наступлением пубертатного периода «двигательная бестормозность» и возбудимость сглаживаются и сменяются поведенческой неустойчивостью с жадой развлечений, нежеланием трудиться и т. п. Однако, несмотря на асоциальное поведение, сохраняются эмоциональность, даже теплое отношение к близким (уживающееся с полнейшим непослушанием), минутные угрызения совести за совершенные проступки. Легко возникают бурные аффективные реакции. От небольших доз алкоголя наступают дурнота, рвота, головные боли. Плохо переносят духоту и жару, их укачивает в транспорте. Сложной бывает диагностика в тех случаях, когда психопатоподобная шизофрения начинается на фоне имевшейся ранее органической психопатии или резидуального органического поражения головного мозга. Развивается причудливый конгломерат симптомов, присущих каждой из нозологических форм. Обычно относительно сохранной долго остается, живая эмоциональность.

Истероидный синдром

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Данный синдром характерен для девочек. У подростков мужского пола он возникает довольно редко и притом обычно в старшем подростковом возрасте.

Сходство с истероидной психопатией создают постоянная претенциозность, театральность манеры держаться, наигранность чувств и переживаний, желание обратить на себя внимание окружающих, произвести впечатление, сочетающиеся с высказываниями, свидетельствующими о высоком уровне притязаний. Однако при психопатоподобном истероидном синдроме нет тонкого артистизма, умения оценивать ситуацию. Поведение напоминает игру плохого актера. Слова, интонации, мимика, позы приобретают гротескный, вычурный и даже нелепый характер. У сверстников они вызывают не интерес и любопытство, а презрение и насмешки.

Нередко непрерывно разыгрывается какая-то одна и та же роль (лица, принадлежащего к избранной «элите»; родственника или потомка знаменитости; личности, наделенной необычным талантом и т. п.). При этом неспособны учитывать обстановку, вкусы и интересы окружения, отрицательное впечатление, которое они производят. Эмоциональную выразительность заменяют грубое кривляние, манерность. Фальшь чувствуется в голосе, мимике, жестах.

В отношении к близким сочетаются холодность, безразличие и черствость к одним и патологическая ревность к другим, например к матери, за каждым шагом которой следят и приписывают ей самые неблагоприятные поступки.

Учебные занятия первое время продолжают посещать. В своей несостоятельности винят других. Неудача не мешает строить самые нереальные планы в отношении своих перспектив. В общественных местах иногда ведут себя вызывающе нелепо, сами напрашиваются на скандал.

Патологическое фантазирование бывает ярко выражено. Любят сочинять о себе не только украшающие, но и пугающие близких истории. Свои фантазии охотно рассказывают другим, не заботясь об убедительности выдуманных историй, поэтому легко оказываются разоблаченными — смущения и стыда при этом не испытывают.

В протестных неконформистских высказываниях повторяют чьи-то чужие слова. У сверстников вызывают насмешки, поэтому вскоре оказываются в стороне от подростковых групп. Увлечения выражены слабо или вовсе отсутствуют, хотя готовы бывают разглагольствовать о своих мнимых успехах в какой-либо

области.

Сексуальность в поведении проявляется слабо. Но любят рассказывать о себе совершенно невероятные истории.

Если присоединяются неврозоподобные истерические симптомы, то они приобретают характер стереотипного штампа.

Нередки бывают суицидальные угрозы и демонстративные попытки, но последние могут оказаться весьма опасными для жизни.

Истероидный психопатоподобный синдром возникает как на фоне психофизического инфантилизма, так и акселерации физического развития. В преморбиде нередко удастся отметить истероидные черты характера.

Дифференциальный диагноз проводится прежде всего с истероидной психопатией и патохарактерологической реакцией на фоне акцентуации того же типа (табл. 6). У подростков мужского пола психопатоподобный истероидный синдром отличается высоким риском (более 70 %) перехода в синдром апатоабулический и даже в кататонно-гебефренический. Таким образом, истероидный синдром у подростков мужского пола часто оказывается психопатоподобным дебютом прогрессивной шизофрении и сам по себе служит неблагоприятным прогностическим фактором.

Таблица 6. Дифференциально-диагностические критерии между истероидным психопатоподобным синдромом и истероидной психопатией и акцентуацией характера

Критерии	Истероидный психопатоподобный синдром	Истероидная психопатия и акцентуация
Особенности поведения	Постоянно разыгрывают одну и ту же роль без учета ситуации и впечатления на окружающих	Тонкий артистизм, умение оценивать обстановку, найти способы произвести впечатление. Легко меняют разыгрываемую роль
Интонации голоса, мимика, жесты	Фальшивая наигранность, утрированные гримасы, кривляние, манерность	Очень выразительны, производят впечатление яркой эмоциональности
Эмоциональность	Обычно рано обнаруживаются	При ярких внешних эмоциональных

	холодность и черствость	проявлениях слабость теплых привязанностей, поверхностность переживаний
Отношение к семье и близким	Холодное и безразличное к одним, патологическая ревность к кому-либо из близких	Претендуют на роль семейного кумира, на восхваление и угождение. При неудачах в учебе и труде и непризнании со стороны сверстников семья становится «козлом отпущения»
Учеба и труд	Обычно несостоятельны, хотя строят для себя нереальные заманчивые перспективы	Претендуют на престижное положение, превышающее способности и возможности. Не получив желаемого, забрасывают учебу, часто меняют места работы — в своих неудачах винят других
Сексуальное поведение	Проявляется мало. Любят рассказывать о себе фантастические истории. Возможны оговоры близких, которых ревнуют	Влечение не отличается силой. Предпочитают флирт. Способны на оговоры и самооговоры
Критерии	Истероидный психопатоподобный синдром	Истероидная психопатия и акцентуация
Алкоголизация	Не характерна	Могут хвастать алкогольными эксцессами, способностью «всех перепить» или изысканным выбором напитков. Из-за хвастовства в компаниях могут действительно привыкнуть к приему больших доз алкоголя
Употребление наркотиков и других дурманных средств	Не характерно. Могут сочинять фантастические истории о наркотических эксцессах.	Истинные наркомании формируются редко. Употребление чаще носит показной характер, чтобы привлечь к себе внимание

Побеги из дома и воспитательных учреждений	Чаще непродолжительные уходы и блуждания. Побеги в далекие места могут быть связаны с разыгрываемой ролью и тогда кажутся нелепыми и беспричинными	Обычно демонстративные: убегают туда, где будут искать, или косвенно дают знать о месте пребывания
Правонарушения и общественно опасные действия	Чаще всего нелепое, вызывающее поведение в общественных местах или перед должностными лицами, трактуемое как хулиганство	Спекуляции, мошенничество, обман, подделки документов. Умение втереться в доверие, чтобы завладеть деньгами или ценностями. Вызывающее поведение в общественных местах. Избегают физического столкновения с жертвами
Суицидальное поведение	Угрозы и суицидные попытки, которые могут быть опасными для жизни	Демонстративные попытки, которые стараются разыграть так, чтобы их приняли за истинные, но обязательно предотвратили
Патологическое фантазирование	Ярко выражено и тесно связано с разыгрываемой ролью. Любят сочинять о себе устрашающие близких истории. Рассказывают другим, не заботясь о правдоподобии	Фантазируют «для других», стараясь произвести впечатление на окружающих. Легко вживаются в роль. Могут вводить в заблуждение доверчивых людей. «Про себя» никогда не путают реального и выдуманного, всегда настороже в отношении возможности разоблачения
Реакция эмансипации	Может проявляться как протестными высказываниями, так и нелепыми демонстративными поступками	Обычно ограничивается демонстративными протестными высказываниями
Реакция группирования	Держатся в стороне от сверстников.	Легко включаются в группы, где могут

со сверстниками	Вызывают у тех насмешки	претендовать на лидерство или престижное положение. Вымыслами и посулами на какое-то время могут привлечь к себе. Будучи разоблачены, меняют компанию и приятелей
Увлечения	Слабо выражены или вовсе отсутствуют, хотя могут рассуждать о своих успехах в какой-либо области	Относятся к «эгоцентрическим хобби» — любая деятельность, способная привлечь внимание окружающих, выделиться, произвести впечатление незаурядности
Механизмы патологической защиты	Игнорирование психотравмирующей ситуации	Кататимные механизмы. Перекладывание вины на других. «Бегство в болезнь». Демонстративные аффективные реакции (аффективное напряжение разряжается разыгрыванием сцен)

В качестве примера использования упомянутой дифференциально-диагностической таблицы приводятся следующие клинические иллюстрации.

Вадим Б., 16 лет. Бабка по отцу болела психозом. В 5 лет перенес серозный менингит. С тех пор возбудим, рассеян, суетлив, но хорошо учился в английской школе до 9-го класса. В 15 лет на протяжении полугода изменился. Забросил учебу, говоря, что она — ни к чему, что школа ничего не дает. Учителей в школе, товарищей по классу и родителей дома донимал стереотипными протестными заявлениями в отношении существующих порядков, вызывая насмешки у соучеников. Стал заносчивым. По словам матери, все время изображал «незаурядную личность»: гордо держался, на всех смотрел с презрением, заявлял, что станет знаменитым писателем, что уже пишет научно-фантастический роман. В праздничный день размалевал лицо яркими красками и в таком виде гулял по улицам. Изображая из себя «супермена», на спор с подсмеивающимися над ним сверстниками в 20°-ный мороз в одних плавках прошел по центру города. На уроках с презрительной миной смотрел на учителей, ответы цедил сквозь зубы, барабанил ногой по парте. Дома среди ночи включал

проигрыватель на полную мощность, сам громко пел. В употреблении алкоголя и других дурманных средств замечен не был.

На госпитализацию в психиатрическую больницу легко согласился, сказал, что это ему пригодится как будущему писателю («надо познать мир», «расширить свой кругозор»).

В подростковом отделении с самодовольным видом держался в стороне от сверстников. В контакт с ними не вступал, их насмешек над собой как будто не замечал. По любому поводу, при каждом обращении к нему строил стереотипные утрированные презрительные гримасы. С врачом контакт оставался формальным. Своих поступков не отрицал, но и объяснения им не давал («так надо было»). Заявил, что он может по 7 дней ничего не есть и не чувствовать голода. Признался, что в прошлом у него были моменты, когда ему «не хотелось жить», причин не раскрыл. Бреда и галлюцинаций не обнаружил. Своего поведения критически не оценивал.

После лечения трифтазином, а затем галоперидолом стал спокойнее, мягче, общительнее, но от помощи персоналу уклонялся, в трудотерапии не участвовал. Критика к своим поступкам не появилась.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не выявлено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован истероидно-гипертимный тип. Отмечены выраженная реакция эмансипации и склонность к алкоголизации и делинквентности. Дискордантности характера не выявлено.

Физическое развитие по возрасту. При неврологическом осмотре — без отклонений.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия истероидному синдрому при психопатоподобной шизофрении (см. табл. 6): особенности поведения (постоянное разыгрывание одной роли без учета ситуации), интонации голоса, мимика, жесты (стереотипные презрительные гримасы, горделивая осанка), *учеба* и труд (несостоятельность, при этом строит нереальные заманчивые планы), алкоголизация, употребление дурманных средств (отсутствуют, несмотря на асоциальное поведение), правонарушения (нелепое, вызывающее поведение в общественных местах), реакция эмансипации (протестные высказывания и нелепые демонстративные поступки), реакция группирования (оказался в стороне от сверстников), увлечения (отсутствуют при разглагольствовании о будущих успехах).

Критерии соответствия истероидной психопатии отсутствуют.

Диагноз. Вялотекущая психопатоподобная шизофрения.
Истероидный синдром.

Катамнез через 2 года. Поддерживающая терапия (малые дозы галоперидола). Был переведен в вечернюю школу с освобождением от работы. С трудом справляется с программой. Манера поведения прежняя, но нелепых поступков больше не совершал. Начал злоупотреблять алкоголем.

Сергей С., 17 лет. Мать ведет аморальный образ жизни, пьянствует. Отец осужден за убийство сожителя матери. В дошкольные годы вырос у бабушки в деревне. В 7 лет мать привезла его к себе в город. Учился с трудом. Окончил 8 классов на одни тройки. После школы был устроен в ПТУ, но сразу стал прогуливать, а затем вообще бросил учебу (специальность слесаря не нравилась, так как работа грязная). На протяжении 2 лет несколько раз устраивали на различные работы, но всюду начинал прогуливать и затем бросал. Последние полгода не работает и не учится. Связался с асоциальной компанией подростков, воровал для них в универсамах продукты и вино — делал это настолько ловко, что ни разу не был пойман. Несколько раз напивался пьяным. Соблазненный приятелями, глотал какие-то таблетки (уверяет, что героин), якобы испытывал необыкновенный кайф, но подробно ощущений описать не может. Был задержан милицией за вызывающее поведение в общественных местах. В праздничный день, идя по улице, выкрикивал фашистские лозунги. В милиции заявил, что он принадлежит к тайной организации фашистов «Степные псы», носил их символ — черный шнурок на шее. Уверял, что он якобы изготавливает и распространяет антисоветские листовки. Был направлен на обследование в подростковое отделение психиатрической больницы. При госпитализации оказал бурное сопротивление. Раскрыл окно, вскочил на подоконник, грозил броситься вниз, но тем не менее дал себя от окна оттащить.

В больнице держался претенциозно, манера говорить отличалась выраженной экспрессией. Рассказывал явно вымышленные истории о своей деятельности в подпольной фашистской организации. Поносил мать за притон, который она дома устроила. Свое безделье оправдывал. На работе ему нигде «не создавали условий»: платили мало, работа была грязная, портились руки. Вообще он хотел бы стать журналистом, чтобы «разоблачить всеобщее пьянство».

В беседе с врачами хорошо учитывал реакцию окружающих, стремился вызвать к себе интерес. В подростковом отделении проявил гомосексуальные наклонности: все время держался около красивого юноши, дал короткую депрессивную реакцию,

когда тот был выписан. От навестившей его сестры выяснилось, что дома он любил переодеваться в одежду матери, до трико и бюстгалтера включительно, и переодетым появлялся в компании подростков, якобы для того, чтобы их «посмешить».

Инфантилен — физическое и сексуальное развитие соответствует 13 — 14-летнему возрасту.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не выявлено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован смешанный истероидно-неустойчивый тип. Отмечена выраженная склонность к диссимуляции и алкоголизации. Признака дискордантности характера не установлено.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия истероидной психопатии (см. табл. 6): особенности поведения (умение учитывать ситуацию), интонации голоса, мимика, жесты, эмоциональность (выраженная экспрессивность), учеба и труд (заброшены, в этом винит других, претензия стать журналистом), употребление дурманных средств (эпизодическое, в компаниях, хвастовство по этому поводу), правонарушения (целенаправленное вызывающее /поведение в общественных местах), суицидальное поведение (демонстрация в момент госпитализации в психиатрическую больницу), патологическое фантазирование (рассказы о принадлежности к фашистской организации), реакция эмансипации (ограничивается демонстративными высказываниями), механизмы психологической защиты (демонстративная аффективная реакция).

Критерии соответствия истероидному синдрому психопатоподобной шизофрении отсутствуют.

Диагноз. Истероидная психопатия.

Катамнез. Через 3 мес после выписки из больницы сам явился в психоневрологический диспансер с жалобами на угнетенное настроение и с суицидными высказываниями. Охотно согласился снова поступить в психиатрическую больницу. На другой день были получены сведения о привлечении его к уголовной ответственности «за кражу с применением технических средств в составе преступной группы». Был переведен в судебно-психиатрическое отделение, признан вменяемым и осужден.

***Психопатоподобная форма
вялотекущей шизофрении***

**Шизофрения у
подростков**

Личко А.Е.

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что эта форма является одной из самых частых в подростковом возрасте, особенно у мальчиков. При вялотекущей шизофрении у

подростков мужского пола на психопатоподобную форму падает 58 % [Личко А. Е. и др., 1986]. Если вялотекущая шизофрения начинается в предподростковом возрасте, то она может начинаться как неврозоподобная, а затем трансформируется в психопатоподобную [Головань Л. И., 1965]. Если учесть, что у подростков мужского пола вялотекущая шизофрения составляет, по нашим данным, 34 % от общего числа всех случаев шизофрении и шизоаффективных психозов, то на долю психопатоподобной вялотекущей шизофрении приходится около 20 %. Клиническая картина этой формы предстает в виде одного из описанных в предыдущем разделе синдромов. На протяжении ряда лет в подавляющем большинстве случаев эти синдромы отличаются относительной стабильностью. Смена одного из них на другой (например, нарастающей шизоидизации на эпилептоидный синдром или неустойчивого поведения на нарастающую шизоидизацию) происходит лишь в 14 %.

В период манифестации наиболее частым является синдром нарастающей шизоидизации (39 %). Эпилептоидный синдром встречался в 24 %, а синдром неустойчивого поведения — в 23 %. Самым редким у подростков мужского пола был истероидный синдром (14 %). По миновании нескольких лет от начала болезни этот синдром становится еще более редким, так как большинство случаев оказывается психопатоподобным дебютом прогрессивной шизофрении.

Течение психопатоподобной шизофрении может быть различным. Описан особый — регрессирующий тип течения [Щуцельковская М. Я., Пекунова Л. Г., 1978]. Отдаленные катамнезы (5—15 лет) свидетельствуют о стойких хороших ремиссиях с вполне удовлетворительной социальной адаптацией и о сглаживании психопатоподобной симптоматики [Наджаров Р. А., 1975]. По нашим данным [Личко А. Е. и др., 1986], об этом типе можно говорить в 20 %. При разных психопатоподобных синдромах частота стойких хороших ремиссий неодинакова. Наиболее благоприятен синдром нарастающей шизоидизации, наименее — истероидный синдром. Подобные ремиссии обычно наступают в период от полугода до 2 лет от начала манифестации (72 % хороших ремиссий). Поздние ремиссии (через 5 лет и дольше с момента манифестации) отмечены в 12 %.

Стационарное мало меняющееся состояние на протяжении многих лет с сохраняющимися психопатоподобными нарушениями является самым частым типом течения (42 %). Наибольшую склонность к подобному устойчивому психопатоподобному состоянию обнаруживает синдром неустойчивого поведения. Однако при этом отчетливого нарастания изменений личности по шизофреническому типу не происходит, что, по мнению Р. А. Наджарова (1975),

свидетельствует о приостановке процесса.

Третьим вариантом течения (38 %) является смена психопатоподобных расстройств синдромами прогрессивной шизофрении. Обычно такая трансформация рассматривается как переход одной формы шизофрении в другую или просто как обострение единого процесса. Нами подобные случаи были истолкованы как психопатоподобные дебюты прогрессивной шизофрении [Личко А. Е., 1979, 1985]. Как указывается в следующем разделе, уже при манифестации психопатоподобных расстройств можно отметить признаки высокого риска развития прогрессивной шизофрении. Вероятность смены на синдромы этой формы (чаще всего на апатоабулический, несколько реже — на параноидный, крайне редко — на другие) неодинакова при разных психопатоподобных синдромах. Наиболее она высока при истероидном синдроме (более 70 %), наименьшая — при синдроме неустойчивого поведения (27 %). Синдромы нарастающей шизоидизации и эпилептоидный занимают промежуточное положение (44 и 42 % соответственно).

Инвалидность при психопатоподобной форме устанавливается в 13 %, по нашим данным, и в 18 %, по данным Н. М. Жарикова (1977). Основную массу среди инвалидов составляет «новый тип хроников» [Красик Е. Д., 1985] — тяжелые психопатоподобные расстройства с социальной дезадаптацией, алкоголизмом, наркоманиями, уклонением от труда, асоциальным поведением.

Психопатоподобные дебюты прогрессивной шизофрении

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Как указывалось в предыдущем разделе, в 38 % психопатоподобные синдромы в период манифестации оказываются не вялотекущей шизофренией, а дебютом простой или параноидной формы. Чаще происходит трансформация в простую форму (24 %), реже — в параноидную (14 %).

Вообще начало прогрессивной шизофрении с одного из психопатоподобных синдромов в подростковом возрасте бывает еще чаще. При анализе 196 случаев прогрессивной шизофрении у подростков мужского пола 14—17 лет нами было обнаружено, что заболевание дебютировало психопатоподобными расстройствами в 43 %. При этом в $\frac{2}{3}$ случаев психопатоподобные расстройства достигали такой степени, что потребовалась госпитализация, и лишь в $\frac{1}{3}$ стали известными из анамнеза, когда больной впервые поступил с картиной одного из синдромов прогрессивной шизофрении.

Синдромы психопатоподобных дебютов прогрессивной формы те же, что при вялотекущей психопатоподобной шизофрении. Как указывалось при описании последней, наиболее высокий риск трансформации в прогрессивные формы был обнаружен

при истероидном синдроме у подростков мужского пола, наименьший — при синдроме неустойчивого поведения. Как при постепенно развивающейся параноидной, так и при простой форме в половине случаев нарушения начинались с синдрома нарастающей шизоидизации (табл. 7). Однако данный синдром вообще является наиболее частым среди психопатоподобных расстройств при шизофрении. Эпилептоидный синдром чаще бывает в дебюте параноидной формы, а синдром неустойчивого поведения — в начале простой формы ($p < 0,05$).

Таблица 7. Частота (%) различных психопатоподобных синдромов в дебюте прогрессивной шизофрении

Синдром	Форма		В прогрессиентно й шизофрении (n=196)	
	46	53 48		
Эпилептоидн ый	19	32	23	Простая (n = 129)
Неустойчивог о поведения	21	7	17	Нарастающе й Параноидная шизоидизаци (n = 67) и
Истероидный	14	8	12	

Сроки перехода психопатоподобных расстройств в синдром прогрессивной формы более чем в 80 % составляют от 6 мес до 3 лет с начала манифестации. В простую форму трансформация

осуществляется за 6 мес — 2 года, в параноидную — за 1—3 года. Следовательно, вероятность развития простой формы становится невысокой через 2 года, а параноидной — через 3 года с момента проявления психопатоподобных расстройств. Трансформация этих расстройств в апатоабулический синдром всегда происходила постепенно, в параноидный синдром в 70 % — также постепенно, а в 30 % — путем обострения заболевания.

Признаки высокой вероятности того, что психопатоподобные расстройства сменяются апатоабулическими или параноидными, нередко могут быть замечены еще в начале заболевания. Эта вероятность велика, если манифестация психопатоподобных расстройств, приводящая к социальной дезадаптации (крайние затруднения в учебе или полная невозможность обучения в обычной школе), падает на младший подростковый возраст — до 13 лет. Давно было отмечено [Сухарева Г. Е. (1937)], что медленно развивающиеся формы шизофрении в детстве и в предподростковом возрасте являются неблагоприятными.

Наследственная отягощенность эндогенными психозами не проявила себя как признак высокого риска перехода психопатоподобной шизофрении в прогрессивную, если эта

наследственность учитывалась у всех кровных родственников суммарно или только у родителей, родных братьев и сестер. Однако у подростков мужского пола существенным оказалось различие наследственной отягощенности[™] эндогенными психозами по отцовской и по материнской линиям. Если матери или их кровные родственники были больны эндогенными психозами, то риск возникновения прогрессивной шизофрении значительно возрастал [Личко А. Е. и др., 1986]. Среди случаев перехода в прогрессивную форму эндогенные психозы по отцовской линии были лишь в 6 %, а по материнской — в 24 % ($p < 0,05$).

В. Н. Элиава (1982) нашел, что при гебоидных дебютах прогрессивной шизофрении одним из первых проявлений бывает катастрофическое падение успеваемости в школе в связи с расплывчатостью мышления и падением интересов. Однако, когда подростки учатся в ПТУ или в школах с невысокими требованиями, падение успеваемости не всегда сразу заметно. М. Я. Цуцельковская (1986) добавила к этим признакам стремление общаться с более младшими по возрасту, читать детские книжки, а при гебоидном дебюте злокачественной юношеской шизофрении — ранние изменения мимики, интонации голоса, почерка, походки. Мимика, жесты, интонации теряют свою согласованность с содержанием высказываний и с ситуацией. Почерк становится небрежным, походка — вычурной.

По нашим данным [Личко А. Е. и др., 1986], признаками высокого риска перехода психопатоподобных расстройств в простую форму шизофрении служат следующие нарушения поведения:

1. упорное нежелание умываться утром и перед сном, принимать душ и ванну, менять грязное белье;
2. желание спать, не раздеваясь, в верхней одежде и даже не снимая обуви, не объясняя причин;
3. утрата элементарного стыда перед близкими, например разгуливают дома нагиши;
4. злобная агрессия избирательно в отношении матери — избиения и истязания ее, притом что она к больному заботливо относится.

Просто неряшливость и неопрятность в одежде могут быть и при психопатоподобной вялотекущей шизофрении, особенно при синдромах нарастающей шизоидизации и неустойчивого поведения. Склонность к резонерству, расплывчатость суждений, трудности сосредоточения также не служат

достоверными признаками высокого риска простой формы.

По М. Я. Цуцульковской (1986), картина гебоидного синдрома в дебюте параноидной шизофрении весьма сходна с мало-прогредиентной (вялотекущей) формой, поэтому трудно выделить отличительные признаки. Отмечены только особая настороженность, повышенная уязвимость, мнительность. Позднее появляются расстройства бредового регистра: идеи отношения, наличия у себя тяжелой соматической болезни, неприятных физических недостатков, уверенность, что «все стараются задеть», ущемить их интересы и т. п. В итоге выделяются два периода: чисто гебоидный и гебоидно-бредовой. Во время последнего развиваются бредовая дисморфомания, ипохондрия, бред преследования, воздействия и др., а иногда появляются и вербальные галлюцинации.

Признаком высокого риска перехода в параноидную форму, по нашим данным [Личко А. Е. и др., 1986], служат стойкие проявления бредового поведения при отсутствии сформулированного бреда или даже с попытками такое поведение рационально объяснить. Например, подросток спит с топором под подушкой (слышал, что где-то ночью ограбили квартиру, «а вдруг заберутся к нам тоже?») или постоянно носит самодельный бандаж, защищающий половые органы («хулиганы на улице могут ударить»), или перерезает телефонный шнур в квартире («видел фильм, как телефон в Америке используют для подслушивания»), или съедает середину булки, обрезая края («в булочной хлеб всюду кидают, может грязь попасть»), или ест только в одиночестве («просто не люблю, когда в рот смотрят»). Еще более неблагоприятно, когда подросток заставляет соответствующим образом вести своих близких.

Другим признаком высокого риска являются эпизодические элементы формальных нарушений мышления или синдрома Кандинского — Клерамбо: редкие «шперрунги», т. е. задержки мыслей, внезапные моменты ощущения открытости мыслей для окружающих, застревание в голове отдельных слов и фраз, заявления вроде того, что «по телевизору повторяли мои мысли», и т. п. В то же время явно бредовые высказывания из области идей отношения («на меня все смотрели на улице», «обо мне шептались», «за спиной насмеваются» и т. п.) могут встречаться как преходящие явления при психопатоподобной вялотекущей шизофрении и признаком высокого риска параноидной формы не служат.

Психопатоподобные дебюты шубообразной шизофрении

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

По нашим данным, среди 239 больных с психопатоподобными расстройствами в период манифестации в последующие 5—15 лет экзацербация с приступообразным течением была

отмечена только в 6 %, а по данным В. А. Михайловой (1977), — в 9 %. Острый приступ обычно наступал через 4—6 лет с момента появления гебоидных расстройств [Шаманина В. М., 1966]. Таким образом, для шубообразной шизофрении предшествующие психопатоподобные расстройства не характерны.

Психопатоподобные ремиссии

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Данный тип ремиссий встречается при приступообразно-прогредиентной шизофрении и шизоаффективных психозах. Г. В. Зеневич (1964) назвал этот тип ремиссий псевдопсихопатическим. Отмеченные им нарушения не укладывались в какой-либо определенный тип психопатии, скорее, свидетельствовали об огрублении личности: неуживчивость и склонность к конфликтам, эффективность и эксплозивность, эгоцентризм, безразличие к близким. Такие больные на работе подолгу не удерживались, были склонны к безделью, иногда — к бродяжничеству, злоупотреблению алкоголем. Многие из них сочетали причудливость внешнего вида и претенциозность с неряшливостью и нечистоплотностью. Этот вариант у взрослых составил 13 % от общего числа ремиссий. При другом варианте, названном аутистическим, отчетливо выступили шизоидные черты — этот вариант был отмечен в 17 %.

В подростковом возрасте при неполных ремиссиях также можно выделить два варианта психопатоподобного типа: при одном выступает огрубление личности, при другом происходит шизоидизация.

Огрубление личности проявляется отсутствием тонких эмоциональных реакций, гримасами, «деревянным голосом», лишенным модуляций, беззастенчивой вульгарностью речи. Движения утрачивают пластичность и грациозность. Примитивными становятся интересы: привлекают вкусная еда, бездумные развлечения, желание испытать «кайф» от наркотиков, алкоголя и других дурманных средств. Подростки часто оказываются в асоциальных компаниях, где играют пассивную и подчиненную роль, их легко подтолкнуть на кражи, агрессию, незаконные сделки. Нередко растормаживается сексуальность. Само влечение не отличается силой или неодолимостью, просто снимаются социальные тормоза: легко вступают в случайные связи, склонны к промискуитету — непрерывно ищут новых сексуальных партнеров, может появиться склонность к сексуальной агрессии и перверзиям, особенно к гомосексуализму. С родными устанавливаются враждебные отношения. На попытки контролировать их поведение отвечают бранью, побоями, твердят о своем желании жить отдельно. Учебу обычно забрасывают. От систематического труда уклоняются. Иногда удерживаются на

несложной, не требующей напряжения работе. Увлечения (хобби) отсутствуют или ограничиваются мимолетным подражанием тому, что распространено среди знакомых сверстников.

Шизоидизация в период ремиссий весьма сходна с соответствующим синдромом при психопатоподобной вялотекущей шизофрении. Вся жизнь подростка заполняется каким-либо одним обычно бессмысленным увлечением, которому отдаются с монотонным упорством. Вся эта деятельность остается непродуктивной, никаких реальных результатов не достигается. В остальном отмечаются бедность внутренней жизни, плохая осведомленность в происходящих вокруг событиях, слабость эмоциональных реакций, эгоизм и эгоцентризм [Ефименко В. Л., Кашка-ров В. И., 1978].

При ремиссиях в отличие от постпроцессуальных психопатий нарушения являются транзиторными. Они сменяются новым приступом (шубом) или новой фазой шизоаффективного психоза, — реже они постепенно, на протяжении месяцев, сглаживаются — ремиссия может стать полной. «Дозревание» ремиссий происходит на протяжении ряда лет [Михайлова В. А., 1977]. Тогда по миновании юношеского возраста возобновляют учебу, получают специальное и даже высшее образование, но на работе обнаруживают трудности адаптации, неуживчивость в коллективе. Лучше удерживаются там, где не требуется постоянного общения. Сохраняются черты психофизического инфантилизма.

Психопатоподобный дефект - постпроцессуальная, психопатия

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Возникновение психопатоподобных нарушений как проявление шизофренического дефекта известно давно. Термин «постпроцессуальная психопатия» был использован В. А. Гиляровским (1935). Г. Е. Сухарева считала «характерным выражением дефекта при пубертатных шизофрениях так называемое «психопатоподобное поведение» (двигательная расторможенность, неустойчивое настроение, повышение влечений, стремление к бродяжничеству)» (1955, т. 1, с. 378). Однако перечисленные признаки сами по себе вполне соответствуют органической психопатии. А. Б. Смулевич (1987) отметил, что изменения личности, называемые им «псевдопсихопатиями», чаще всего возникают, когда активный период болезни падает на возрастные кризисы, эндогенный процесс протекает относительно благоприятно и еще в латентном периоде «обнаруживается аффинитет к расстройствам психопатического круга» (с. 52). При приступообразной шизофрении постпроцессуальная психопатия формируется по типу «аутохтонного характерологического сдвига» — например, после приступа выступают стойкие

шизоидные черты. При непрерывном течении происходит «амальгамирование», т. е. слияние болезненных переживаний с личностью — «спектр патохарактерологических девиаций в этих случаях более широк» (с. 57).

Наиболее известен тип постпроцессуальной психопатии, соответствующий тому, который еще в 1906 г. описал К. Birnbaum под названием *Verschroben* (дословно с нем.: странный, взбалмошный, чудак). Хотя у таких подростков имеются шизоидные черты, они легко устанавливают поверхностные контакты, притом что эмоциональные привязанности отсутствуют. За родных держатся по привычке или по чисто рациональным соображениям. В беседах на посторонние и абстрактные темы могут быть даже многоречивы, но не любят говорить о себе и своих переживаниях, а при настойчивых расспросах пускаются в резонерские рассуждения. Их движения угловаты, мимика маловыразительна, голос беден интонациями. Держатся они неестественно: то чрезмерно официально, то бесцеремонно, без чувства дистанции. Их увлечения (хобби) нередко приобретают патологический оттенок: отличаются монотонностью, малой продуктивностью, вычурностью. Шизоидов они более всего напоминают тем, что от сверстников держатся особняком. Реакция эмансипации проявляется слабо, ограничиваясь обычно лишь абстрактными протестными высказываниями. Сексуальное влечение выражено мало. Контакт с противоположным полом не ищут. При онанизме склонны выискивать причудливые способы раздражения гениталий. Употребление алкоголя и дурманных средств не характерно. Несмотря на хорошо развитую речь, учатся неважно, с обычной школьной программой справляются с трудом или даже совершенно неспособны учиться в школе. Легче удастся домашнее обучение по облегченной программе. Нередко этот тип постпроцессуальной психопатии сочетается с психофизическим инфантилизмом. При повзрослении, оставаясь странными чудаками, иногда осваивают достаточно квалифицированный труд, если работа в основном совершается по стереотипным трафаретам.

Другой тип отличается асоциальным поведением и перепадами настроения, вплоть до дисфорий. К близким обнаруживают не только холодность, но и злобность. Выявляется морально-этическая недостаточность: легко совершают кражи, уклоняются от учебы и труда, злоупотребляют алкоголем, к которому обнаруживается изначальная резистентность. Не менее охотно тянутся к любым доступным дурманным средствам, вызывая у себя тяжелые интоксикации. Встречается склонность к бродяжничеству: уходят из дома, живут в подвалах, тайниках. Реже бывает страсть к поджогам или импульсивная сексуальная агрессия. Физический инфантилизм для этого типа менее характерен. Может быть даже акселерация физического развития, однако она сочетается с психическим инфантилизмом.

Поражает детское выражение лица с развитыми, как у взрослого, торсом и конечностями.

У подростков мужского пола постпроцессуальная психопатия чаще формируется по типу шизоидизации с агрессивностью и садистичностью, а у подростков женского пола — с неустойчивым поведением и сексуальной расторможенностью [Стамболова С., 1986].

Диагноз представляет определенные трудности. В отличие от психопатоподобного типа ремиссий постпроцессуальные психопатии являются устойчивыми изменениями личности, не склонными к смягчению со временем. Поэтому если описанные психопатоподобные картины возникают вслед за перенесенным в подростковом возрасте приступом шизофрении с острым полиморфным, параноидным и другими психопатическими синдромами, то суждение о формировании постпроцессуальной психопатии можно вынести лишь после наблюдения в течение нескольких лет, т. е. по миновании подросткового возраста.

Более очевидной является постпроцессуальная психопатия после шизофрении, начавшейся в детском возрасте [Башина В. М., 1980], если психотический приступ был достаточно очерчен. Но в случаях злокачественной детской шизофрении обычно формируется олигофреноподобный дефект [Сухарева Г. Е., 1955], — . Постпроцессуальная психопатия может формироваться после приступов стертых, недиагностированных, принятых за детскую невропатию. В таких случаях установить шизофренный генез психопатических изменений бывает нелегко. От конституциональной шизоидной психопатии тип *Verschroben* отличает непродуктивность увлечений, бедность внутреннего мира, поверхностность контактов, отсутствие избирательных эмоциональных привязанностей. Еще труднее дифференцировать с шизоидным типом органических психопатий [Мнухин С. С., Исаев Д. Н., 1969].

Постпроцессуальные психопатии с асоциальным поведением необходимо дифференцировать с конституциональной психопатией эпилептоидно-неустойчивого типа [Личко А. Е., 1977, 1983]. При большом внешнем сходстве поведения конституциональная психопатия этого типа проявляется стеничностью, умением лидировать в асоциальных группах, где такие подростки обычно становятся безраздельными властелинами, а также упорством в добывании всяких благ. Импульсивность, а также сопряженное с лишениями бродяжничество для конституциональной психопатии этого типа мало свойственны.

***Психопатоподобные нарушения
при шизоаффективных психозах***

**Шизофрения у
подростков**

Проявлениями как гипоманиакальных состояний, так и субдепрессий могут быть деликвентные эквиваленты. В первом случае поведение напоминает психопатию гипертимно-неустойчивого типа [Личко А. Е., 1977, 1983]. Делинквентный эквивалент депрессий, кроме асоциального поведения, сопровождается мрачностью, угрюмостью, отчаянием. Называть эти эквиваленты психопатоподобными недостаточно точно — остается неясным, какому типу психопатий они подобны. Делинквентность, т. е. несерьезные правонарушения и проступки, является главным признаком этих эквивалентов, но за ними стоят аффективные расстройства. Описание этих эквивалентов дано в гл. 4.

Глава 3. Неврозоподобные расстройства. Определение и систематика.

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Клиническая картина этих расстройств сходна с затяжными неврозами: обсессивно-фобическим, или истерическим, неврастенией, невротической депрессией. В подростковом возрасте неврозоподобные расстройства при шизофрении встречаются несколько реже, чем психопатоподобные. Это отличает от шизофрении, начинающейся и у детей, и у взрослых. Преобладающей «осевой» симптоматикой при малопрогрессирующей шизофрении у взрослых считаются разнообразные неврозоподобные расстройства. Выделяются варианты с преобладанием навязчивостей, с деперсонализацией, с истерическими проявлениями, с ипохондрической симптоматикой [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983].

В подростковом возрасте встречаются неврозоподобные синдромы двух родов. Одни из них являются общими и для подростков, и для взрослых: обсессивно-фобический и астеноипохондрический. Истероидные расстройства в подростковом возрасте, как правило, приобретают психопатоподобный а не неврозоподобный характер. Относительно редко встречается также деперсонализационно-дереализационный синдром. Однако подросткам свойственны синдромы другого рода, присущие именно этому возрасту — метафизической интоксикации, дисморфоманический, аноректический, юношеской астенической несостоятельности. У взрослых эти синдромы встречаются редко.

Неврозоподобной симптоматикой могут ограничиваться все проявления заболевания на всем его протяжении — такие случаи принято обозначать как вялотекущую неврозоподобную шизофрению [Озерецковский Д. С., 1959; Наджаров Р. А., 1972]. Еще ранее в американской литературе получило распространение название «псевдоневротическая шизофрения» [Hoch R. et al., 1962].

Однако неврозоподобные расстройства могут оказаться лишь дебютом прогрессивной шизофрении, в частности ее параноидной формы. Эта трансформация может совершаться постепенно: небредовая ипохондрия превращается в ипохондрический бред, obsessions и фобии предшествуют бреду преследования и воздействия, дереализация и деперсонализация — бреду инсценировки и метаморфозы, аноректический синдром — бреду отравления и т. п. Неврастеноподобная симптоматика может встречаться также в дебюте простой формы.

В более редких случаях неврозоподобные расстройства оказываются предвестниками приступообразной шизофрении — предшествуют острому полиморфному или острому параноидному, значительно реже — кататоно-гебефреническому синдрому.

Неврозоподобных ремиссий при шизофрении выделять не принято, хотя астенический тип [Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951] по симптоматике весьма напоминает неврастению, а ипохондрический [Зеневич Г. В., 1964], в особенности его нозофильный вариант [Ефименко В. Л., Кашкаров В. И., 1978], — ипохондрический невроз.

К неврозоподобным расстройствам близко примыкает синдром «юношеской астенической несостоятельности» [Glatzel J., Huber G., 1968]. Для него характерны астения без истощаемое™ (точнее — анергия), субдепрессивный фон настроения, иногда деперсонализация и сенестопатии, а главное — своеобразные жалобы на нарушения мышления («ускользает смысл слов», «не додумать до конца», «отделить главное от второстепенного», «думать по плану» и т. п.). Все это обозначается как «нарушения управления мышлением». Объективно во время беседы ни этих нарушений, ни отвлекаемости, ни истощаемости не обнаруживается. По сути дела, речь здесь идет о своеобразном астеноанергическом синдроме.

В американской психиатрии с 1980 г. псевдоневротическая шизофрения была исключена как официальный диагноз (DSM-III). Такие больные не считаются страдающими шизофренией. В зависимости от преобладающей симптоматики у них диагностируются дистимическая депрессия, фобическое, obsessivno-компульсивное, деперсонализационное и другие расстройства [Личко А. Е., 1983]. Таким путем снимается проблема дифференциального диагноза между неврозами и неврозоподобной шизофренией, не ставится задачей ранняя диагностика последней в целях прогноза и необходимого лечения. Решение этой задачи предоставляется времени — если последует картина одной из форм прогрессивной шизофрении, то диагноз будет изменен. Такой же подход осуществляется в

отношении синдромов, свойственных преимущественно подростковому возрасту. Аноректический синдром при неврозоподобной шизофрении не дифференцируется с нервной анорексией. Дистморфобии и дистморфомании, так же как и метафизическая интоксикация, даже не выделяются в особый синдром.

Нами предлагается следующая систематика неврозоподобных расстройств при шизофрении в подростковом возрасте, которая учитывает как клиническую картину самих расстройств, так и форму, и стадии болезненного процесса.

В зависимости от картины нарушений и на основании их сходства с отдельными формами неврозов и невротических развития, а также с другими эндореактивными заболеваниями подросткового возраста [Личко А. Е., 1979, 1985]. выделяются следующие синдромы:

А. Синдромы, преимущественно присущие подростковому возрасту:

1. Дистморфоманический — сходный с транзиторными дистморфобиями в подростковом возрасте при психопатиях, психопатическом развитии, акцентуациях характера и реактивных состояниях [Коркина М. В., 1984], а также с эндореактивной подростковой дистморфоманией [Личко А. Е., 1979, 1985].
2. Метафизической («философической») интоксикации — сходный с аналогичными преходящими явлениями при шизоидной и психастенической психопатиях и акцентуациях характера [Личко А. Е., 1979, 1985].
3. Аноректический — сходный с особым психическим заболеванием у подростков — нервной анорексией (anorexia nervosa).
4. Астеноанергический (синдром «юношеской астенической несостоятельности» по J. Glatzel, G. Huber, 1968)—сходный как с апатоабулическим синдромом при простой форме шизофрении, так и с картиной депрессивного невроза [Kuhn R., 1963] или невротического варианта реактивной депрессии [Ковалев В. В., 1979; Nissen G., 1974].

Б. Синдромы, общие для подростков и взрослых:

1. Обсессивно-фобический— сходный с неврозом навязчивых состояний.
2. Астеноипохондрический — сходный с неврастенией, а

также *p.* иногда выделяемым в особую форму ипохондрическим неврозом [Краснушкин Е. Е., 1947; Ковалев В. В., 1979].

3. Дерезализационно-деперсонализационный — сходный с преходящими явлениями дерезализации и деперсонализации у здоровых подростков, при некоторых неврозах и под действием психотомиметических средств [Korkina М., 1971], а также при депрессиях [Нуллер Ю. Л., 1981].

При разных формах и стадиях шизофрении выделяются:

1. Неврозоподобная форма вялотекущей шизофрении.
2. Неврозоподобные дебюты прогрессивной шизофрении (параноидная и простая формы).
3. Астенические неврозоподобные ремиссии при приступообразно-прогрессивной и при лечении непрерывно-прогрессивной шизофрении.

По причинам, изложенным в отношении психопатоподобных расстройств, (см. стр. 16), целесообразно говорить именно о неврозоподобных синдромах, а не о субформах или вариантах неврозоподобной шизофрении.

Подростковые неврозоподобные синдромы. Дистормоманический синдром.

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Главным признаком является страстная убежденность в наличии у себя какого-то физического недостатка, неприятного для окружающих, воображаемого или чрезвычайно преувеличиваемого, а на самом деле совершенно незначительного. Чаще всего такой недостаток находят у себя на лице: нос кажется уродливо огромным (комплекс Сирано де Бержерака), разрез глаз — неправильным, рот — безобразным, кожа — некрасивой и т. д. Представления об уродстве могут быть сосредоточены на фигуре: чрезмерная полнота или, наоборот, худоба; слишком большие ягодицы, толстые ляжки; кривые или тонкие, как соломинки, ноги. Среднего роста мальчики считают себя невероятно маленькими (комплекс Наполеона); у девочек, наоборот, непереносимым становится высокий рост. У подростков мужского пола переживания бывают связаны с половым членом, который они считают слишком маленьким, уродливо изогнутым и т. п.

Воображаемые неприятные запахи (изо рта, от ног, кишечных газов, спермы и др.), якобы постоянно исходящие от подростка и замечаемые окружающими, также могут стать предметом

болезненной озабоченности.

Реже в основе страстной убежденности лежит какой-то действительный, но на самом деле совершенно незначительный недостаток, отнюдь не создающий у окружающих неблагоприятного впечатления. Чаще же дефект вообще является воображаемым. Иногда у больного имеется другой действительный физический недостаток, на который не обращается никакого внимания; мысли же целиком поглощены уродством воображаемым.

Мысль о физическом недостатке может созревать постепенно или вспыхивает внезапно, как озарение, иногда без видимой причины или под действием случайных обстоятельств, от незначительного повода. Так, например, нечаянно подслушанный разговор о гермафродитах натолкнул мальчика на мысль, что у него «женские груди». У другого подростка после шлепка сверстника, который тот дал ему на пляже в присутствии одноклассниц, родилась мысль о «невероятно жирных ягодицах».

За действительные недостатки внешности (полноту тела, толстые щеки, оттопыренные уши) в детстве больных на самом деле могли дразнить сверстники, давать им обидные клички, но тогда это не вызвало болезненной реакции. С наступлением пубертатного периода эти обиды «вспоминаются», хотя уже никто не дразнит, да и сами недостатки могли исчезнуть или сгладиться. Дисморфоманические переживания нередко диссимилируются. Заподозрить их можно по особенностям поведения. Беспричинный отказ ходить на физкультуру, переодеваясь в обтягивающий фигуру костюм, на пляж, в баню, в бассейн — всюду, где надо раздеваться, позволяет заподозрить дисморфоманию, связанные с фигурой. Категорический отказ фотографироваться, даже при крайней необходимости (например, чтобы получить паспорт), может свидетельствовать о воображаемых уродствах лица, которые, по мнению больных, на фотографии выступают особенно отчетливо (симптом фотографии М. В. Коркиной, 1959). Самым убедительным служит «симптом зеркала» Абели-Дельма [Abely P., 1930]: больные подолгу, иногда часами, разглядывают в зеркале свое лицо или фигуру в разных позах и ракурсах, строя гримасы или совершая различные телодвижения. Не пропускают ни одного попавшегося на глаза зеркала, чтобы не посмотреться в нем. Иногда стараются это делать украдкой, тайком от окружающих, наедине, иногда же совершенно не стесняются посторонних.

Воображаемые неприятные запахи также сказываются на поведении. Считая, что пахнет изо рта, больные прикрывают свой рот во время разговора, говорят, отвернувшись в сторону. Убежденные в том, что от них постоянно исходит запах

кишечных газов, стараются избегать скопления людей в замкнутых помещениях, не ездят на общественном транспорте, предпочитают больше быть на открытом воздухе. В помещении держатся в стороне, любят сидеть около открытой форточки.

Одна и та же дисморфомания может держаться долго в качестве моносимптома, но чаще отмечается несколько дисморфоманий: подросток находит у себя одновременно не один неприятный для других дефект или в центре его беспокойства оказывается то один недостаток, то другой.

Два других симптома — угнетенное настроение и идеи отношения — всегда дополняют главный признак синдрома — идею наличия у себя физического недостатка, неприятного для других. Вместе они составляют характерную триаду [Коркина М. В., 1984].

Угнетенное настроение способно достигать степени выраженной депрессии, но сами подростки целиком его связывают со своими переживаниями. Могут возникать суицидные мысли, хотя суицидные попытки при этом синдроме довольно редки.

Идеи отношения первоначально целиком произрастают из дисморфоманий. Одним из первых может быть симптом В. М. Бехтерева — непереносимость чужого взгляда. Подростки не выносят, когда на них пристально смотрят, считая, что разглядывают их недостаток. Поэтому в общественных местах они стараются остаться незамеченными, избегают появляться перед глязеющей по сторонам публикой (фойе, гулянья). При дисмор-фоманиях, касающихся гениталий, мальчики не ходят в бани и общественные туалеты. Больным все более начинает казаться, что окружающие взглядами, улыбками, недомолвками, намеками дают знать, как им неприятен замеченный недостаток. Подростку кажется, что он становится предметом насмешек.

Совершаются действия, направленные на то, чтобы избавиться от воображаемого уродства или постараться его замаскировать. Такие больные иногда впервые обращают на себя внимание, когда являются к косметологам или хирургам с требованием устранить дефект — «вырезать лишний жир из ягодиц», «исправить форму носа», «выпрямить половой член» и т. п. К эндокринологам обращаются за гормоном роста, если считают себя малорослыми, или за лечением половыми гормонами. Бывают чрезвычайно настойчивы и упорны в своих претензиях. Тайком от родителей уезжают в крупные города, в научные центры в поисках помощи. При отказе грозят суицидом, способны на любой обман. Следует заметить, что никакие операции, действительные или мнимые, чтобы «успокоить больного» — никогда не дают эффекта. Больные всегда

оказываются разочарованными, а врачи, пожалевшие их и попытавшиеся что-то сделать, могут стать объектом их преследования и несправедливых обвинений.

Иногда больные сами начинают совершать над собой калечащие манипуляции с целью выправить мнимый дефект. Болевые ощущения при этом переносятся с поразительной стойкостью. Например, 15-летний подросток, убежденный в «неприлично маленьком размере своего полового члена», ежедневно часами вытягивал кожную складку крайней плоти, чтобы «создать видимость большого члена».

При патологической убежденности в своей излишней полноте развивается аноректический синдром [Коркина М. В., 1963]. Однако голоданием, строгой истощающей диетой могут стараться избавиться от других мнимых дефектов (исходящих от себя неприятных запахов, «некрасивого» цвета лица) или, например, хотят добиться, чтобы «круглое, как луна, лицо, стало продолговатым, как у Христа».

Попытки маскировать воображаемый недостаток также являются обычным симптомом. При шизофрении выбираемые способы маскировки нередко поражают своей неумелостью и нелепостью. Например, считая свой нос слишком большим, подросток на людях постоянно старался прикрывать его шарфом, даже летом в жаркую погоду. Другой 16-летний подросток, считая свой рост (185 см) безобразно высоким, из-за чего «все на него смотрят»; в вагоне метро стоял, согнув ноги в коленях, как бы полуприсев на корточки. «Неправильную фигуру» стараются маскировать нелепо широкой одеждой.

К. С. Лебединская и С. В. Немировская (1973) выделили два варианта данного синдрома — экспансивный и сенситивный. Первому свойственны паранойяльная активность, направленная на устранение воображаемого дефекта (требование косметических операций и т. п.), ригидность, вязкость, зато отсутствуют идеи отношения и попытки как-то маскировать свой недостаток. При сенситивном варианте выражены идеи отношения, активность сосредоточена на выдумывании способов маскировки, нарастает замкнутость, затрудняется социальная адаптация. Вероятно, эти два варианта связаны с преморбидными особенностями.

Данный синдром может держаться на протяжении ряда лет. При этом часто сохраняется относительная социальная адаптация — продолжают учебу, начинают работать, но становятся замкнутыми и необщительными. Иногда соглашаются учиться только дома или работать в одиночку, в стороне от других. К. близким относятся с холодной раздражительностью, делают их козлами отпущения за «свои мучения». Снижается способность

эмоционально откликаться на чужие волнения, беды и особенно радости, что сами больные объясняют сосредоточенностью на «своем несчастье».

Дисморфомании могут с годами заслоняться другими навязчивостями — дисморфоманический синдром сменяется обсессивно-фобическим [Морозов П. В., 1977].

По нашим данным [Лично А. Е. и др., 1986], дисморфоманический синдром у подростков при неврозоподобной вялотекущей шизофрении встречается в 29 %. В общей популяции больных шизофренией, состоящей в основном из взрослых, частота этого синдрома в 10 раз меньше [Морозов П. В., 1977]. Манифестация в 85 % происходит между 13 и 20 годами [Коркина М. В., 1984], т. е. в подростковом и послеподростковом (18—19 лет) возрасте. Провоцирующее значение, видимо, имеют не биологические сдвиги пубертатного периода, а возраст и ситуация, когда появляются особое внимание к своей внешности (первые влюбленности, подростковые компании) и особая чувствительность к оценке ее со стороны.

В преморбиде в 29 % отмечены сенситивные черты, в 20 % — шизоидные, в 8 % — эпилептоидные, еще в 8 %, судя по описанию, эмоционально-лабильные. У остальных в преморбиде никаких особенностей личности не отмечено [Коркина М. В., 1984].

Дифференциальный диагноз довольно сложен. Этот синдром имеет сходство с транзиторными дисморфофобиями у здоровых подростков и может развиваться в «рамках пограничных состояний» [Коркина М. В., 1984]. Г. Е. Сухарева (1959) рассматривала эти случаи как «затяжные реактивные состояния подросткового периода», R. Hapau (1964) — как фобический невроз, В. А. Гурьева (1971) — как астеническую психопатию. М. В. Коркина (1984) выделила дисморфоманические и дисморфофобические реакции на фоне акцентуаций характера и психопатий, реактивные дисморфомании и «синдром дисморфомании как содержание клинической картины психопатического развития», а также описанную нами [Лично А. Е., 1979, 1985] эндореактивную подростковую дисморфоманию.

При шизофрении дисморфоманический синдром бывает как относительно постоянным проявлением неврозоподобной вялотекущей формы, так и дебютом прогрессивной (чаще всего параноидной) шизофрении. Кроме того, дисморфомания как один из симптомов может встречаться при параноидной, приступообразно-прогрессивной и даже при юношеской злокачественной шизофрении. Последние случаи представляют

меньшие трудности для дифференциальной диагностики, так как всегда налицо оказываются другие важные для распознавания симптомы (бред воздействия, слуховые галлюцинации, явления психического автоматизма и др.).

М. В. Коркина (1984) пришла к выводу о необходимости отказаться от заключения, что возникновение дисморфоманического синдрома «по типу сверхценной идеи говорит о принадлежности заболевания к пограничным состояниям, а по типу бреда — к шизофрении... при шизофрении синдром дисморфомании совершенно не обязательно сразу же должен принимать бредовой характер — он может возникнуть и по типу сверхценной идеи, лишь в дальнейшем приобретающей все особенности бреда» (1984, с. 96). К сказанному можно добавить, что при эндореактивной дисморфомании также можно видеть все качества бредовой идеи, т. е. она не соответствует действительности, искаженно ее отражает, полностью овладевает сознанием и становится совершенно недоступной исправлению, не поддается логической коррекции [Снежневский А. В., 1983].

С точки зрения течения, прогноза и лечения, нам представляется во всем перечисленном многообразии дисморфомании и дисморфофобий нешизофренической природы выделить всего только две группы:

- 1) транзиторные дисморфофобий, которые могут наблюдаться у здоровых подростков, особенно при сенситивном типе акцентуации характера, а могут принимать характер преходящих невротических реакций;
- 2) эндореактивные подростковые дисморфомании, приобретающие затяжной характер.

Транзиторные дисморфофобий отличаются тем, что всегда имеют реальную основу — покрытое юношескими угрями лицо, нескладная фигура в период интенсивного роста, колебания массы тела при бурном половом созревании, ломающийся голос и другие действительные недостатки внешности, которые ставят подростка в невыгодное положение перед ровесниками. С психопатологической точки зрения, название «дисморфофобий» здесь также неуместно. Подростка тяготит не навязчивость сама по себе, а преувеличиваемый физический недостаток. Скорее, эти явления могут быть отнесены не к навязчивым, а к доминирующим идеям. Хотя отношение к ним поначалу может быть недостаточно критическим, однако подобные переживания поддаются психотерапии, а с возрастом вообще сглаживаются. Транзиторные дисморфофобий никогда не сказываются на всем поведении подростка.

Например, излишне полный подросток избегает пляжей, бассейнов и бань, но в других местах чувствует себя свободно, забывая о своей полноте. Девочка с рано сформировавшимися грудными железами стесняется своих одноклассников, но без смущения держится среди незнакомых («откуда им знать, сколько мне лет?»).

Эндореактивная подростковая дисморфомания выделена нами как нозологическая форма, объединяющая все затяжные случаи нешизофренической природы [Личко А. Е., 1979, 1985]. Все они не являются чисто реактивными. В их патогенезе имеется сложное переплетение психогенных и эндогенных факторов. Непосредственная связь с какой-либо объективной психической травмой отсутствует. Эндогенной основой для развития чаще всего служат сенситивная акцентуация характера или выраженные черты сенситивности в смешанных типах — (шизоидно-сенситивном, лабильно-сенситивном). М. В. Коркина (1984) описывает аналогичную картину на фоне истерических черт характера. Психогенный фактор обычно служит лишь толчком: данное заболевание нередко начинается после услышанного какого-либо нелестного замечания со стороны по поводу своей внешности. Иногда эти замечания или шутки других просто превратно перетолковываются, особенно если они исходят от объекта тайной влюбленности или скрываемой симпатии.

Дифференциальный диагноз при данном синдроме наиболее труден между неврозоподобной вялотекущей шизофренией и эндореактивной подростковой дисморфоманией — необходимо учитывать ряд признаков (табл. 8). В сомнительных случаях лучше остановиться на диагнозе эндореактивной дисморфомании, оставляя больных под длительным и активным диспансерным наблюдением. По данным М. В. Коркиной (1984), дисморфомания у взрослых в 5 раз чаще бывает шизофренической, чем иной природы. Однако надо учитывать, что по минованию подросткового возраста значительная часть эндореактивных дисморфоманий может значительно ослабевать в проявлениях («компенсаторная диссимуляция», «дезактуализация переживаний»), больные социально адаптируются и могут исчезать из поля зрения психиатров.

Ниже приводятся примеры пользования табл. 8 для дифференциального диагноза между неврозоподобной шизофренией и эндореактивной подростковой дисморфоманией.

Таблица 8. Дифференциально-диагностические критерии между дисморфоманическим синдромом при шизофрении и эндореактивной подростковой дисморфоманией

Критерии	Дисморфоманический	Эндореактивная
----------	--------------------	----------------

	синдром	подростковая депрессия Как правило, под провоцирующим воздействием неблагоприятных высказываний или шуток окружающих, воспринятых как укоры в отношении физического недостатка
Особенности манифестации	Начало постепенное или внезапное как озарение. Может быть без видимой причины	
Наличие действительных физических недостатков	Часто вообще отсутствуют. Встречаются другие дефекты, на которые не обращают внимания, а дисморфомания основывается на вымышленных недостатках	Обычно небольшой недостаток имеется, но его значение крайне переоценивается
Преморбидная личность	Черт сенситивности может не быть	Обычно выражены черты сенситивности
Стойкости и число дисморфоманий	Могут быть одновременно несколько дисморфоманий или одна сменяет другую	Всегда одна дисморфомания, отличающаяся крайней устойчивостью
Особенности маскировки мнимых дефектов	Нередко выбирают нелепые способы, обращающие внимание окружающих	Умело используют одежду, прически, манеру вести себя. Избегают ситуаций, где дефект может привлечь внимание Может отсутствовать.
Симптом зеркала	Ярко выражен. Могут разглядывать себя, не стесняясь окружающих	Иногда бывает негативное отношение к зеркалам, избегают их (отрицательный симптом зеркала)
Влияние объективно тяжелых психических травм	Не влияют	Усиливают дисморфоманию, которой приписывают постигшие неудачи и несчастья
Идеи отношения	Могут быть как связаны с дисморфоманиями, так и не зависеть от них	Всегда связаны только с дисморфоманией

Деперсонализация и дереализация	Встречаются нередко	Отсутствуют
Фобии и обсессии, не связанные с дисморфоманиями	Могут встречаться: предшествовать дисморфоманиям, сочетаться с ними или их замещать	Отсутствуют
Другие симптомы психических расстройств	Кроме угнетенного настроения, идей отношения, фобий и обсессий, возможны ипохондрические жалобы и склонность к резонерству	Только угнетенное настроение и связанные с дисморфоманией идеи отношения
Механизм психологической защиты	Нелепые способы маскировки мнимого дефекта или нереальные планы его исправления	Вначале только умелая маскировка и настойчивые требования операций или специального лечения, затем - компенсаторная диссимуляция или дезактуализация дисморфоманий

Сергей III., 17 лет. Наследственность: дядя со стороны отца был крайне замкнут, всю жизнь одинок, его считали странным. Дядя со стороны матери страдал алкоголизмом, перенес белую горячку.

В детстве был общительным, живым, в школе хорошо учился, увлекался футболом и теннисом. Окончил 8 классов и поступил в ПТУ.

Год назад, еще в школе, неожиданно пришла мысль, что у него уродливо большой нос. Летом на отдыхе об этом забыл. Когда пришел в ПТУ и оказался среди незнакомых подростков, мысль о большом носе возобновилась и стала неотвязной. Казалось, что на него все смотрят, ребята на занятиях за спиной над ним посмеиваются, люди на улице оборачиваются, в метро «все сразу на него уставятся». Однажды в парикмахерской увидел в зеркале себя и молодую парикмахершу, которая на него смотрит,— внезапно вскочил с кресла и убежал, «не мог вынести». Бросил ходить на занятия в ПТУ, сиднем сидел дома. Выходил только, когда на улице темно. На укоры родителей в безделье озлоблялся. После долгих расспросов матери раскрыл ей свои переживания. Дома часами разглядывал свое лицо в зеркале.

В подростковом отделении психиатрической больницы ни с кем из сверстников не общался, днями сидел в стороне без дела. С врачом беседовал неохотно. Подтверждал, что все над ним смеются — «возможно, не только из-за носа, а вообще». Настроение тоскливое. Были мысли о самоубийстве. После лечения мелипрамином и трифтазином стал общительнее, живее, приветливо встречал мать. Стал допускать, что, возможно, он преувеличил свое уродство.

При патопсихологическом обследовании — тенденция к резонерству, выявлен симптом актуализации несущественных признаков. При патохарактерологическом обследовании определен сенситивный тип. Обнаружены признаки дискордантности характера (сенситивность/эпилептоидность).

Физически развит по возрасту. Нос средних размеров, правильной формы.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия дисморфоманическому синдрому при неврозоподобной шизофрении (см. табл. 8): особенности манифестации (внезапное, без видимой причины), наличие действительного физического недостатка (отсутствует), преморбидные особенности (отсутствие сенситивности), симптом зеркала (ярко выражен), идеи отношения (имеются также не связанные с дисморфоманией).

Критерий соответствия эндореактивной дисморфомании: монодисморфомания.

Диагноз. Вялотекущая неврозоподобная шизофрения. Дисморфоманический синдром.

Катамнез. После выписки, несмотря на поддерживающее лечение мелипрамином и трифтазином, стал говорить, что у него не только уродливый нос, но и некрасивая кожа на лице. Учебу в ПТУ бросил. Все дни сидел дома. Прослежен на протяжении 6 лет. Кроме прежних дисморфомании, появилось убеждение в «сексуальной неполноценности из-за онанизма». Вял, апатичен, бездеятелен. К родителям отношение безразличное. Была оформлена инвалидность II группы. Никаких мер для «маскировки дефектов» не предпринимал.

Вячеслав У., 17 лет. Сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Окончил среднюю школу и поступил¹ в вуз, где назначили старостой группы. Очень добросовестно и пунктуально относился к своим обязанностям. Подавал рапорты о каждом отсутствовавшем на занятии. Стал подвергаться насмешкам со стороны однокурсников за чрезмерную аккуратность и тщательность. Один из них стал

смеяться над тем, что у него нос с двумя горбинками. Возникла мысль, что у него действительно уродливый нос. Часами дома тайком от других разглядывал свой нос в зеркале. На улице и в транспорте стало казаться, что люди смотрят на его нос. Настроение сделалось тоскливым. Пришел в отчаяние после того, как преподаватель выгнал его из аудитории из-за того, что во время лекции он вел документацию, необходимую для старосты группы. В тот же вечер, будучи один дома, совершил суицидную попытку. Закрылся на кухне и надышался газа до потери сознания. Был доставлен «скорой помощью» в реанимационное отделение.

В больнице был угнетен, держался в стороне, старался быть незаметным. Считал, что из-за его уродливого носа над ним все смеются. Но на свидании с матерью тепло ее встречал, просил прощения за свой необдуманный поступок.

После лечения галоперидолом и амитриптилином настроение улучшилось. Суицидную попытку оценивал критически, но по-прежнему был сосредоточен на своем «уродстве». Мечтал поехать в Москву в Институт красоты, чтобы сделать пластическую операцию по выпрямлению носа.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не обнаружено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован эпилептоидный тип с высоким уровнем конформности..

Дифференциально-диагностические критерии соответствия эндореактивной подростковой дисморфомании (см. табл. 8): особенности манифестации (после психогенного провокатора), наличие действительного физического недостатка (две горбинки на носу), стойкая монодисморфомания, влияние действительных психических травм (усиливают дисморфоманию), идеи отношения (связаны только с дисморфоманией), механизмы психологической защиты (планы исправления дефекта). Дисморфоманическому синдрому при неврозоподобной шизофрении соответствуют отсутствие сенситивных черт в преморбиде и выраженный симптом зеркала.

Диагноз: Эндореактивная подростковая дисморфомания.

Катамнез. После выписки продолжал учебу в институте, перейдя на вечернее отделение с освобождением от работы. Под влиянием поддерживающей терапии малыми дозами галоперидола стал спокойнее относиться к своему «уродству», согласился обойтись без операции. Избегает людных мест, свободное время проводит за чтением. Через 3 года — продолжает учебу в институте, поведение без существенных

изменений.

Дисморфоманический синдром может быть также началом прогрессирующей шизофрении. Вероятность этого весьма велика — по нашим данным [Личко А. Е. и др., 1986], составляет 61 %. Дифференциальный диагноз в этом отношении будет изложен в разделе о невротоподобных дебютах.

Аноректический синдром

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Ведущим симптомом является упорный отказ от еды или резкое ограничение пищи, или строгая и довольно вычурная диета, нередко построенная на заумных доводах. В последнем случае иногда питаются только одним каким-либо продуктом, например морковью («много витаминов») или творогом («легкоусвояемый белок»). Полное или почти полное голодание или длительная строгая однообразная диета приводят к резкому истощению, вплоть до тяжелой кахексии.

Мотивом для голодания может быть дисморфомания: считают себя уродливо полными, хотят «сгнать жир». Однако убеждение в излишней полноте может быть совершенно необоснованным. Толстыми себя считают даже при выраженном истощении — такие случаи расценивают как Дисморфоманический бред [Коркина М. В., 1984]. Логической связи между дисморфоманией и голоданием может вовсе не быть: например, голоданием хотят «исправить форму таза», «сделать лицо продолговатым», «устранить у себя глупое выражение» и т. п.

Поводом для начала голодания могут послужить какие-либо неприятные реплики со стороны о внешности подростка, но чаще этого не бывает. Иногда подростки в детстве были склонны к полноте, тогда их могли поддразнивать ровесники, но к подростковому возрасту от былой упитанности могло не остаться и следа, никто давным-давно толстым не считает. Тем не менее если в детстве поддразнивания патологической реакции не вызывали, то теперь они почему-то вспоминаются и толкают к упорному голоданию.

В некоторых случаях аноректический синдром не имеет дисморфоманической подоплеки. Подросток сам себе не может объяснить, почему захотелось голодать, или приводит совершенно нелепые доводы.

Чувство голода при резком ограничении пищи иногда бывает выражено довольно слабо. Подростки в таких случаях сами удивляются тому, как «легко и приятно голодать».

Наряду с голоданием бывают склонны вызывать у себя

искусственные рвоты. Описан особый булимический вариант аноректического синдрома [Коркина М. В., 1986; Tolstrup K., 1982], когда больные поглощают огромные количества грубой и малопривлекательной пищи, чтобы затем вызывать у себя длительные и обильные рвоты. От подобных процедур они получают какое-то чувственное удовольствие (вомитомания). Высказывается предположение, что рвоты в таких случаях становятся одной из форм патологии влечений [Коркина М. В. и др., 1986]. Реже прибегают к слабительным или к усиленным физическим нагрузкам (к многочасовому занятию бегом до полного изнеможения).

Анорексия обычно дополняется другими симптомами психических расстройств. Чаще всего встречаются идеи отношения, могут также наблюдаться различные дисморфомании, obsessions, фобии и склонность к резонерству. В отношении к близким все более возрастает отчужденность и даже враждебность. От сверстников держатся в стороне — становятся все более замкнутыми. Рано снижается успеваемость, жалуются на трудности сосредоточения, но на самом деле все более утрачивают интерес ко всяким занятиям. Бывает, что, стараясь голоданием достичь какого-то идеала во внешности, в то же время совершенно не заботятся об опрятности одежды, о прическе, о чистоте тела.

Аффективные нарушения могут проявляться вялыми депрессиями, а психопатоподобные — эксплозивностью, бранью и агрессией, когда силком заставляют есть, тиранией в отношении близких. Изменения мышления обычно малозаметны: склонность к вязкости, чрезмерной детализации. Речь начинает изобиловать уменьшительно-ласкательными суффиксами [Коркина М. В. и др., 1986]. Реакция на госпитализацию может ограничиваться чисто словесным протестом, по существу же пребыванием в больнице не тяготятся.

В преморбиде чаще всего встречаются шизоидные, но иногда и сенситивные, и истероидные, и epileptoidные черты.

Матери больных нередко производят впечатление странных, подозрительных; они без достаточной критики относятся к поведению подростка, в частности к его голоданию. Не доверяют врачам, иногда целыми днями простаивают под окнами больницы. Упорное голодание приводит сперва к резкому похуданию, а затем к крайнему истощению. Кожа становится сухой, шелушащейся, холодной. Подкожная жировая клетчатка исчезает. Мышцы истончаются. Живот втягивается. Лицо бледное, иногда с желтушным оттенком. Из рта исходит характерный голодный запах.

У девочек наступает аменорея. У мальчиков прекращаются поллюции и эрекции. Иногда у девочек на всем теле начинают усиленно расти волосы (гирсутизм). Масса тела падает до 50 % от исходной. Развивается брадикардия, тоны сердца приглушены, понижается артериальное давление. Появляются запоры. Температура тела снижается до 35°C. При выраженном истощении нередко развивается гастроэнтероптоз, сопровождающийся болями в животе после еды, запорами или чередованием запоров и поносов.

Голоданием могут быть объяснены установленные биохимическими исследованиями уменьшение суточного выделения с мочой гонадотропинов, эстрогенов, кетостероидов, ослабление реакции на АКТГ, гипопротеинемия, гипокалиемия (особенно при искусственных рвотах). Повышение содержания в крови холестерина, особенно в начале голодания, видимо, является следствием мобилизации жировых депо. Содержание сахара в крови может заметно снижаться, но клинических признаков, гипогликемии не бывает.

В крови отмечаются уменьшение процента гемоглобина и лейкопения, которую приписывают гипоплазии костного мозга вследствие голодания.

Все отмеченные изменения появляются, когда масса тела значительно падает, и постепенно сглаживаются, когда при лечении восстанавливается исходная масса тела [Boulard С., 1978].

В отличие от алиментарной дистрофии, изученной во время голода в блокированном Ленинграде в 1941 —1942 гг. [Черноруцкий М. В., 1943, 1947], при аноректическом синдроме не встречается «голодных отеков». Вероятно, это связано с тем, что подростки избегают обильного питья (которым многие голодавшие старались заглушить голод), так как бывают наслышаны, что «от жидкостей полнеют», или просто легко переносят голодание. Также в отличие от алиментарной дистрофии вместо ацидоза может отмечаться сдвиг в сторону алкалоза.

Дифференциальный диагноз проводится главным образом с эндореактивной пубертатной анорексией [Личко А. Е., 1979, 1985], широко известной под неточным названием *anorexia nervosa* (табл. 9).

В качестве примера использования упомянутой дифференциально-диагностической таблицы приводятся следующие клинические иллюстрации.

Станислав С., 14 лет. Сведений о наследственной отягощенности

психическими заболеваниями нет. Во время беременности — тяжелый токсикоз, угроза выкидыша. Моторное развитие своевременное, но говорить начал только с 3 лет сразу фразами. В детстве много болел. В первых классах школы был отличником. В 10 лет тяжело переживал, когда отец оставил семью, а мать длительно болела. Воспитывался бабушкой в системе гиперпротекции. Лечился от вегетативного невроза психотерапевта. Лечение бросили, когда от гипноза стало хуже. С одноклассниками общался мало. Свободное время проводил дома за чтением. Делал какие-то записи, которые никому не показывал. В последний год успеваемость ухудшилась.

Около полугода стал ограничивать себя в еде. Однако не отказывался от любимых блюд и в день пил 3—5 чашек крепкого кофе. Объяснений голоданию никаких не давал. Последние 10 дней перед больницей — полный отказ от еды.

Таблица 9. Дифференциально-диагностические критерии между аноректическим синдромом при шизофрении и пубертатной эндореактивной анорексией

Критерии	Аноректический синдром при шизофрении	Пубертатная эндореактивная анорексия (anorexia nervosa)
Особенности голодания	Могут предпочитаться вычурные диеты, основанные на заумных доводах	Постепенно все более ограничивают себя в пище, начиная с калорийных блюд и доводя до полного голодания
Чувство голода в начале ограничения в еде	Часто слабое	Обычно сильно выражено, с мучениями его преодолевают
Рвоты при голодании	Способны быстро становиться ведущим симптомом: поглощают огромное количество пищи, чтобы вызвать у себя обильные рвоты. При рвотах не стесняются посторонних	Служат только способом похудания: рвотами избавляются от пищи, которую заставили съесть. Вызывают рвоты тайком от других
Мотивация голодания	Может быть нечеткой, неопределенной, может отсутствовать логическая связь между мотивом и голоданием. Реже говорят о желании	Страстная убежденность в излишней полноте своего тела. При истощении — боязнь располнеть

	сбавить массу тела, но то же повторяют при явном истощении	
Психогенные провокаторы	Могут полностью отсутствовать	Началу голодания часто предшествуют замечания о склонности больных к полноте или обсуждения неэстетичности тучного тела
Идеи отношения	Нередко бывают выражены	Выражены слабо или вовсе отсутствуют
Другие симптомы	Часто дисморфомании и обсессии, склонность к резонерству. Могут быть деперсонализация, ипохондрические идеи	Кроме легкой депрессии, другие симптомы отсутствуют
Половые особенности	У подростков мужского пола данный синдром, как правило, является манифестацией шизофрении	У мальчиков практически не встречается. У девочек бывает более часто, чем аноректический синдром при шизофрении
Преморбид	Чаще шизоидный тип акцентуации характера. Иногда сенситивные, истерические или эпилептоидные черты	Обычно — сенситивная акцентуация характера с выраженной реакцией гиперкомпенсации
Отношение к близким	Нарастают замкнутость, отчужденность и даже враждебность	До крайнего истощения остается теплым и внимательным. Ссорятся, когда близкие заставляют их есть
Учеба и труд	Еще до начала выраженного истощения начинает падать успеваемость. Жалобы на трудность сосредоточения	До тяжелой кахексии продолжают упорно и старательно учиться. Охотно помогают дома по хозяйству, выполняют тяжелую физическую работу
Реакция на госпитализацию	Может быть только словесный протест, а по существу не тяготятся пребыванием в больнице	Стеничный бурный эмоциональный протест. Умение привлечь близких на свою сторону, обманом

1 Механизмы

психологическ
ой защиты

и шантажом, добиваясь
от них заявления о
выписке из больницы
«Заместительная»
деятельность: любят
готовить пищу,
угощать других,
кормить малышей i

При поступлении на вопросы отвечал тихо и кратко, причины голодания не раскрыл, мимика скудная. К госпитализации отнесся безразлично, к разлуке с матерью — спокойно. В больнице под наблюдением персонала сразу начал есть. После внутривенного вливания барбамила с кофеином эйфории не было, почти не растормозился. Заявил, что не ел «просто потому, что не хотелось». Голодание переносил легко, «забывал о том, что едят». Ни симптомов дисморфомании, ни каких-либо иных болезненных переживаний выявить не удалось.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не установлено. При патохарактерологическом обследовании диагностированы эмоционально-лабильный тип (не соответствует данным анамнеза и наблюдения за поведением) и выраженная склонность к алкоголизации (по имеющимся данным спиртных напитков никогда не употреблял). Дискордантности характера не выявлено.

Физическое развитие с умеренной акселерацией.

Выраженная алиментарная дистрофия. Подкожный жировой слой отсутствует, живот втянут, мышцы гипотрофированы, кожа серого цвета. При росте 170 см масса тела 48 кг.

Проведено лечение трифтазином (до 10 мг в сутки). За месяц прибавил более 4 кг. Питание остается пониженным, но истощения нет. Ест достаточно, без принуждения. Нехотя соглашается, что голодание, возможно, было глупостью. Больным себя не считает. Во время домашних отпусков много читает, разбирает шахматные задачи. Но прочитанного толком рассказать не может. Остается несколько вялым, монотонным, со сверстниками почти не общается. Пассивно выполняет все, что велит мать.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия аноректическому синдрому при неврозоподобной шизофрении (см. табл. 9): чувство голода в начале ограничения в пище (отсутствовало), мотивация голодания (нечеткая, неопределенная), психогенные провокаторы (отсутствуют), половые особенности (мужской пол), преморбид (шизоидные черты), отношение к близким (холодное к матери), учеба и труд

(снижение успеваемости еще до выраженного истощения), реакция на госпитализацию (не тяготился пребыванием в больнице). Признаки соответствия эндореактивной подростковой анорексии отсутствуют.

Диагноз. Вялотекущая неврозоподобная шизофрения.
Аноректический синдром.

Катамнез отсутствует. После выписки из больницы мать увезла больного в другой город, чтобы «не состоял на учете в психиатрическом диспансере».

Павел Г., 17 лет. Сведений об отягощении наследственности психическими заболеваниями нет. С детства замкнут, малообщителен. Вырос в семье офицера в военном городке на Дальнем Востоке. Учился удовлетворительно, был дисциплинирован. Когда ему исполнилось 13 лет, родители разошлись. Уехал с матерью в другой город.

С детства был склонен к полноте. В 14 лет неожиданно для матери «сел на диету». Стал все более ограничивать себя в еде, начиная с калорийных блюд, а затем свел пищевой рацион до минимума. Иногда после еды, считая, что съел слишком много, вызывал у себя рвоты. За несколько месяцев похудел на 15 кг. Был помещен в детскую психиатрическую больницу. После лечения трифтазином и психотерапии стал достаточно питаться. По требованию матери был досрочно выписан. С тех пор на протяжении 3 лет продолжает ограничивать себя в еде, не доводя до заметного истощения. Успешно окончил 10 классов. Занимается спортом. Мечтает стать моряком.

Поступил в подростковое психиатрическое отделение по собственному желанию с намерением быть снятым с учета в психоневрологическом диспансере. Хочет поступать в военноморское училище. Выяснилось, что в 14 лет, перейдя в новую школу, влюбился в одноклассницу. Та в присутствии других соучеников назвала его «жирным». После этого начал голодать. Признался, что потом понял, что «переборщил»: сам увидел, что худоба стала уродливой. С тех пор ограничивал себя только в сладком, мучном и жирах. К матери относится с большой теплотой. Отмечается эмоциональная и вегетативная лабильность. В отделении контактирует со сверстниками, охотно помогает персоналу.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не выявлено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован эмоционально-лабильный тип. Признаков дискордантности характера и высокого риска формирования психопатии не установлено. Отношение к алкоголизации — отрицательное;

уровень конформности — высокий.

Физическое развитие — по возрасту. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений. Питание достаточное.

Дифференциально-диагностические признаки соответствия эндореактивной пубертатной анорексии (см. табл. 9): особенности голодания (ограничение, начиная с калорийных блюд), рвоты при голодании (для избавления от «излишка» съеденной пищи), мотивация голодания (излишняя полнота тела, боязнь располнеть), психогенный провокатор (эмоционально значимое лицо назвало «жирным»), идеи отношения и другие симптомы психических расстройств (отсутствуют), отношение к близким (теплое к матери), учеба и труд (успешно и старательно учился).

Признак аноректического синдрома при вялотекущей шизофрении: половые особенности (мужской пол).

Диагноз. В настоящее время — психически здоров. В прошлом перенес эндо-реактивную пубертатную анорексию.

Катамнез через 1 год. Пытался поступить в военное училище, но не был принят. Тогда устроился в то же училище на неквалифицированную работу, чтобы в будущем году, хорошо себя зарекомендовав, снова поступать.

Необходимо также исключить истерическую анорексию, которая обычно возникает в препубертатном возрасте [Коркина М. В., Марилов В. В., 1981]. При ней от еды не уклоняются тайком, а отказываются демонстративно, с целью привлечь к себе внимание. Искусственно вызываемые рвоты выдают за произвольные. Сильного истощения не бывает, так как тайком могут поесть пищу или кому-то дают уговорить себя поесть. Истерическая анорексия обычно является следствием психогенно спровоцированных приступов неукротимой рвоты (после смерти близкого человека, конфликта в семье и т. п.). Чтобы предотвратить приступы рвоты, больные начинают ограничивать себя в еде — развивается вомитофобия.

Упорные отказы от пищи при психических заболеваниях имеют различные причины. При тяжелой депрессии резко падает аппетит или вследствие идей самообвинения больной считает себя недостойным пищи или денег, которые на нее затрачены. Отказ от пищи может быть при параноидном синдроме: бредовые идеи (пища отравлена или чем-то заражена); императивные галлюцинации (больной слышит приказы «не есть»); при обонятельных или вкусовых галлюцинациях кажется, что у пищи подозрительный: запах и вкус. Реже в настоящее время причиной отказа от пищи бывает кататонический

негативизм.

Аноректический синдром у подростков мужского пола возникает значительно реже, чем у девочек: соотношение частот указывается от 1:4 [Rowland L., 1970] до 1:15 [Kendell R. et al., 1973]. По данным М. В. Коркиной и соавт. (1979), анорексия у мальчиков всегда оборачивается шизофренией. Искусственно вызываемые рвоты у них никогда не приобретали самодовлеющего значения, т. е. vomitomania не развивалась. Лонгитудинальные исследования обнаружили в одних случаях развитие стойкого ипохондрического бреда, в других — присоединение психопатоподобных расстройств со злоупотреблением алкоголем.

При выраженной кахексии требуется дифференциальный диагноз с рядом истощающих заболеваний. Гипофизарная кахексия (болезнь Симмондса) отличается тем, что истощение связано с резким падением аппетита и нет никакого страха располнеть, быстро нарастают вялость, пассивность, слабость и утомляемость; отмечаются также атрофия гениталий и оскудение растительности на лобке. При аноректическом синдроме, несмотря на тенденцию к гипогликемии, толерантность к инсулину не изменена. При гипофизарной кахексии она резко падает. Выраженную кахексию можно встретить при стенозе привратника, при несахарном диабете, при милиарном туберкулезе, поэтому больные с аноректическим синдромом нуждаются в тщательном соматическом обследовании, — Аноректический синдром может быть как при неврозоподобной вялотекущей шизофрении, так и оказаться началом прогрессивных форм. Дифференциально-диагностические признаки представлены в разделе о неврозоподобных дебютах прогрессивной шизофрении. М. В. Коркина и соавт. (1986) описали аноректический синдром при приступообразно-прогрессивной шизофрении на фоне текущего процесса и ранее наступивших изменений личности. Картина в этих случаях не отличается от таковой при неврозоподобном дебюте непрерывно-прогрессивной шизофрении.

Синдром метафизической интоксикации

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Ведущим симптомом являются непрерывные размышления о философских и социальных проблемах: о смысле жизни и смерти, о предназначении человечества, о самосовершенствовании, об улучшении жизни общества, о путях устранения опасностей, грозящих людям, о соотношении мозга и сознания, о матери и душе, о пятом измерении, о шестом чувстве и т. п. Путем раздумий и фантазий подросток «разрабатывает» свои собственные философские принципы, этические нормы, проекты социальных реформ.

Отличительными признаками подобных «теорий» являются примитивность и отрыв от реальной жизни. Суждения противоречивы, сумбурны, вычурны и порой нелепы, чего сам подросток не замечает. Например, 17-летний больной рассуждал о том, что мир на Земле можно установить только путем распространения вегетарианской диеты, так как мясная пища пробуждает в человеке хищника, делает его агрессивным. Все доводы против, вроде того, что вегетарианцем был Гитлер, отвергались, как не имеющие значения.

Сутью метафизической интоксикации являются именно размышления, склонность к мудрствованию, тенденция к резонерству. В отличие от патологических увлечений активной деятельности здесь нет. Этим метафизическая интоксикация отличается от внешне сходных патологических увлечений интеллектуально-эстетического типа [Личко А. Е., 1973], где деятельность, а не раздумья, выступает на первый план, хотя она может быть односторонней и непродуктивной. Поэтому представляется неправомерным чрезмерное расширение понимания метафизической («философической») интоксикации, как это было сделано Л. Б. Дубницким (1977), включившим в этот синдром идеи изобретательства, когда подростки как одержимые трудятся над мнимыми изобретениями, например, целые дни ставя «химические опыты».

Они могут читать по интересующей проблеме, даже запоем, но чаще без особого выбора. Прочитанное толком пересказать не могут, основного смысла в нем не улавливают, выхватывают отдельные случайные детали или цитаты. Иногда пересказ любой книги сводится к повторению собственных рассуждений.

Активности в распространении своих идей не проявляют, единомышленников не ищут. Пытаются беседовать на излюбленную тему со сверстниками, но не встречая интереса, замыкаются. Вскоре вообще о своих размышлениях начинают говорить только, если о них спрашивают. Иногда пишут нелепые воззвания и расклеивают их в самых неподходящих местах.

Постепенно нарастают замкнутость и отрешенность от окружающего. Живут в мире своих раздумий. Размышления про себя приближаются к бредоподобному фантазированию.

Метафизическая интоксикация иногда дополняется обсессиями и фобиями, а также симптомами деперсонализации. Последние проявляются сложно сформулированными жалобами на «утрату единства Я», «неописуемую, измененность души» и т. п. Встречается склонность к навязчивому мудрствованию, особенно к самоанализу [Дубницкий Л. Б., 1977].

В преморбиде обычна шизоидная или психастеническая акцентуация характера. Синдром формируется постепенно,

чаще в старшем подростковом возрасте—16—17 лет.

«Философические» идеи нередко относят к сверхценным. Однако они не вполне соответствуют классическому определению сверхценных идей С. Wernicke (1892), который ввел этот термин. По его определению, эти идеи возникают в связи с реальной ситуацией, но занимают в сознании положение, не соответствующее их действительному значению. Никаких реальных психогенных факторов, которые бы послужили толчком для метафизической интоксикации, обычно установить не удастся. По содержанию и отсутствию критики метафизическая интоксикация иногда напоминает паранойяльный бред, но отличается от него отсутствием борьбы за претворение этих идей в жизнь.

Дифференциальный диагноз проводится с транзиторной метафизической интоксикацией, которая возникает у подростков с шизоидной и психастенической психопатиями и акцентуациями характера (табл. 10). В последнем случае развиваемые идеи никогда не выглядят нелепыми; в их основе лежит какое-то рациональное зерно, однако суждения отличаются однобокостью, преувеличениями, неспособностью трезво отнестись к своим ошибкам, негибкостью, «отсутствием гостеприимства к чужим мыслям» [Личко А. Е., 1985]. Тем не менее чутко улавливаются животрепещущие общечеловеческие проблемы, недостатки в жизни общества, пробелы и недостатки в распространенных доктринах и предлагаются меры для их устранения. Обдумыванием про себя не ограничиваются, ищут единомышленников. В беседах с ними порой интересно и увлекательно говорят о занимающем их предмете, умеют четко сформулировать мысль. Встретив заинтересованность собеседника, обнаруживают достаточную эмоциональную живость, как бы на время утрачивают шизоидные черты.

Таблица 10. Дифференциально-диагностические критерии между синдромом метафизической интоксикации при шизофрении и транзиторной метафизической интоксикацией в подростковом возрасте

Критерии	Синдром метафизической интоксикации	Транзиторная метафизическая интоксикация
Содержание идей	Часто нелепое, противоречащее логике	Исходят из рациональной предпосылки, но развиваемые идеи односторонни, преувеличены, негибки
Изложение	Обычно нечеткое,	Довольно четкое,

идей	расплывчатое, даже сумбурное, вычурное или повторение одних и тех же штампов	толковое, иногда даже яркое и увлекательное
Активность в распространении идей	Единомышленников либо вообще не ищут, либо после неудачных попыток бросают поиски. Иногда распространяют нелепые воззвания	Ищут единомышленников, особенно среди сверстников, с ними эмоционально обсуждают волнующую проблему
Другие симптомы психических нарушений	Встречаются обсессии, фобии, деперсонализация, а также нарастание замкнутости и бездеятельности	Обычно отсутствуют, кроме проявлений шизоидной или психастенической психопатии или акцентуации характера
Социальная адаптация	Нередко нарушается - пропускают учебу, падает работоспособность, растет отчуждение к близким	Как правило, сохранена; если нарушена, то вследствие других психопатических особенностей

При психопатиях, в отличие от акцентуаций характера, метафизическая интоксикация может начинаться даже в младшем подростковом возрасте и затягиваться на послеподростковый период.

Ниже приведены иллюстрации использования табл. 10 для дифференциального диагноза между синдромом метафизической интоксикации при шизофрении и транзиторной метафизической интоксикацией в подростковом возрасте.

Валерий Р., 17 лет. У отца параноидная шизофрения. Рос здоровым, но с детства был замкнутым, вяловатым, любил читать. Отличался моторной неловкостью. С детьми не играл. Был очень привязан к матери, почти все время старался проводить около нее. В школе учился удовлетворительно. Держался в стороне от ребят, друзей не было.

С 15 лет начал увлекаться философией, читал философские книги, вел постоянные споры с матерью — активной коммунисткой. Рассуждал о смысле жизни, говорил о ее бесцельности. Заявлял ей, что во всем правы Ницше и Спенсер, проповедовал «всеобщий анархизм». В школе вступал в спор с учителем обществоведения. На комсомольском собрании был подвергнут осуждению. Через несколько дней почувствовал непреодолимую тоску, пришел к выводу, что он «неполноценный». Оставшись дома один, принял 20 таблеток

сонапакса и уснул. Очнулся, когда «скорая помощь» промывала ему желудок.

В психиатрической больнице сразу вступил в контакт с врачом и начал рассуждать на философские темы. Мысли излагал сумбурно, суждения были примитивными, опровержений слушать не хотел. Заявил, что разработал свою философскую систему, но суть ее изложить не смог, стереотипно повторял только: «Я — за сверхчеловека». Сказал, что любит мать, но не дал никакой эмоциональной реакции на вопросы о том, как бы мать пережила его смерть. Сексуальную жизнь отрицал, назвал ее низменной. Выяснилось, что раньше увлекался шахматами, но последний год всякий интерес к ним пропал. К совершенной суицидной попытке относится с формальной критикой. Признался, что раньше после неприятностей у него бывало желание покончить с собой.

В отделении пытался излагать свои взгляды другим подросткам, но, не встретив интереса, замкнулся.

При патопсихологическом обследовании выявлен признак актуализации несущественных признаков в процессе обобщения. При патохарактерологическом обследовании диагностирован шизоидный тип с психастеническими и сенситивными чертами. Выявлена значительная дискордантность характера (шизоидность / гипертимность, шизоидность / циклоидность, сенситивность / эпилептоидность, психастеничность / неустойчивость). Отмечена выраженная реакция эмансипации.

Физическое развитие — по возрасту.

Дифференциально-диагностические признаки соответствия синдрому метафизической интоксикации при неврозоподобной шизофрении (см. табл. 10): содержание идей (нелепые высказывания о сверхчеловеке), их изложение (сумбурное, расплывчатое), активность в их распространении (отсутствует), дополнительные симптомы психических нарушений (нарастание замкнутости, депрессия с суицидной попыткой), социальная адаптация (нарушена — конфликты в школе).

Признаки соответствия транзиторной метафизической интоксикации отсутствуют.

Диагноз. Вялотекущая неврозоподобная шизофрения. Синдром метафизической интоксикации.

Катамнез. Прослежен в течение 8 лет. Школу закончить не смог из-за резко снизившейся успеваемости. В вечерней школе также не удержался. Работает сторожем. Крайне замкнут, к матери охладел. Свободное время проводит за чтением философских

книг. Со сверстниками не общается. Поддерживающей терапии не получает — и он сам, и мать отказываются от лечения.

Андрей А., 16 лет. Сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Рос замкнутым, избегал шумных игр, но имел постоянного близкого друга. В школе успешно учится. К родителям привязан.

Последние полгода стал увлекаться проблемами совершенствования социалистического общества. Много читал, делал выписки, обсуждал прочитанное с другом. Разработал свою систему борьбы с пьянством и алкоголизмом, довольно тщательно и детально продуманную, состоящую из контролируемого учета продажи спиртных напитков по специальным карточкам и системы мер поощрений для тех, кто этими карточками не стал бы пользоваться, создания специальных трудовых лагерей для пьяниц и т. п. Предлагаемые меры толково и четко излагал и посылал в виде предложений в различные органы, газеты и журналы. Среди товарищей по школе создал инициативную группу «борцов за трезвость»: выслеживали пьяных в общественных местах и по телефонам-автоматам информировали о них милицию — несколько пьяниц таким образом было задержано и оштрафовано. На консультацию к психиатру приведен по инициативе матери. Сперва был крайне сдержан, но потом охотно изложил свои взгляды и предложения. Обнаружил хорошие знания истории борьбы с пьянством и алкоголизмом («сухие законы» в разных странах и в разные времена, почему они оказались неэффективными и т. п.). Однако суждения отличались однобокостью, все критические замечания воспринимал крайне неохотно и пытался их опровергать. В школе продолжал успешно учиться.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не обнаружено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован шизоидный тип с психастеническими чертами; выявлены неконформизм, выраженная реакция эмансипации и отрицательное отношение к алкоголизации. Дискордантности характера не отмечено.

Физическое развитие с умеренной акселерацией.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия транзиторной метафизической интоксикации (см. табл. 10): содержание идей (рациональная предпосылка, стройная система, но однобокость суждений), их изложение (четкое, толковое), активность в распространении (привлечение единомышленников), дополнительные симптомы психических

нарушений (отсутствуют), социальная адаптация (сохранена).

Признаков соответствия синдрому метафизической интоксикации при неврозоподобной шизофрении нет.

Диагноз. Психически здоров. Транзиторная метафизическая интоксикация на фоне акцентуации характера по шизоидно-психастеническому типу.

Катамнез через 2 года. Окончил среднюю школу с отличием. Поступил в медицинский институт.

Как отдельный симптом метафизическая интоксикация, в подростковом возрасте способна возникать при различных психотических и непсихотических синдромах. В качестве синдрома ее следует оценивать, когда она является ведущим, а — то и единственным проявлением. При шизофрении в виде самостоятельного синдрома метафизическая интоксикация встречается не так уж часто — при неврозоподобной вялотекущей форме и еще реже — как неврозоподобный дебют прогрессирующей шизофрении. Риск перехода синдрома метафизической интоксикации в другие синдромы прогрессирующей формы составляет около 20 %. Признаки подобного риска излагаются в разделе о неврозоподобных дебютах. В 40 % синдром метафизической интоксикации завершается практическим выздоровлением [Бильжо А. Г., 1986]. Ремиссия формируется постепенно: долго сохраняется «психический ювенилизм», оппозиция к родным, неумение приобретать практический жизненный опыт.

По данным Л. Б. Дубницкого (1977), своеобразные явления метафизической интоксикации могут встречаться у подростков при одноприступной шизофрении. В этих случаях больные заимствовали известные или чужие взгляды, но отстаивали их как собственные, притом с выраженной аффектацией. Говорили о «вдохновении», «озарении», когда у них родились подобные мысли, отличались экзальтированностью.

***Астеноанергический синдром
(синдром "эндогенной юношеской
астенической несостоятельности"
Глатцеля-Хубера)***

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

J. Glatzel, G. Huber (1968) описали триаду, свойственную данному синдрому: нарушение управляемости мышления, деперсонализация, сенестопатии. Однако только один из этих симптомов — нарушение управляемости мышления — является постоянным и ведущим [Барзах Е. Н., 1986]; другие могут быть выражены слабо или отсутствовать вовсе.

Больные предъявляют жалобы на интеллектуальную

несостоятельность: трудно стало понимать любой текст, приходится перечитывать несколько раз, плохо усваивается услышанное, смысл слов не доходит сразу. Реже жалуются на затруднение восприятия увиденного. Отмечают невозможность сосредоточиться, отделить главное от второстепенного, сформулировать мысль, «додумать до конца», следовать намеченному плану изложения, хотя ничего со стороны не отвлекает; казалось бы, заняты только одним делом. Учебные занятия становятся все менее продуктивными, а то и совершенно невозможными. Всякая интеллектуальная работа начинает вызывать отвращение. Одни силком заставляют себя,, многие часы сидят над тем, что раньше усваивали с легкостью. Другие же забрасывают занятия, отказываются от учебы. Простой физический труд дается без напряжения, но интереса к нему нет, поэтому время проводят в безделье.

Все эти ощущения собственной интеллектуальной несостоятельности чисто субъективные. Здесь в виде жалоб предъявляются те расстройства, которые объективно констатируются при формальных нарушениях мышления на более отдаленных стадиях шизофрении. При данном синдроме объективно их обнаружить еще не удастся. Во время беседы нет ни соскальзываний с темы, ни расплывчатости мышления, ни склонности к резонерству. Нет жалоб ни на обрывы мыслей, ни на наплывы их. Память также не страдает, хотя на ее потерю обычно сетуют. Зато в поведении, по наблюдению близких, могут проявляться несобранность, неумение спланировать время («вечно всюду опаздывают»).

Сенестопатии обычно бывают связаны с ощущениями в голове («голова, как ватная», «в голове тупость», «голова раскалывается»). Деперсонализационные нарушения обычно сводятся к «измененности самого себя», утрате способности управлять своим мышлением. Реже можно услышать о потере чувств, переживаний, отупении.

Настроение снижено, свою несостоятельность тяжело переживают, корят себя, но ничего с собой поделать не могут. Бросив занятия, время проводят в безделье, иногда без цели слоняются по дому, что-то пытаются читать, больше перелистывают книги. Некоторые подростки, прежде прилежные и дисциплинированные, начинают проводить время в кругу случайных приятелей за выпивками, картами и пустой болтовней [Цуцельковская М. Я. и др., 1982].

Данный синдром обычно встречается в старшем подростковом возрасте—16—17 лет, притом у подростков, прежде хорошо учившихся. Его возникновению способствуют усиленные учебные нагрузки (ученики старших классов математических школ, студенты-первокурсники высших учебных заведений). В

преморбиде чаще всего имеются шизоидные и психастенические черты.

Дифференциальный диагноз. требуется провести с апатоабулическим синдромом в начале простой формы шизофрении и с астеноапатическим эквивалентом депрессии. Последний встречается при циклотимии, шизоаффективных психозах, при реактивных депрессиях и при эндореактивной депрессии на фоне циклоидной акцентуации характера [Личко А. Е., 1979, 1985]. Сходство может быть также с некоторыми проявлениями невротической депрессии [Лакосина Н. Д., 1970; Карвасарский Б. Д., 1980].

Диагностические критерии между астеноанергическим и апатоабулическим синдромами и астеноапатическим эквивалентом депрессии представлены в гл. 7 (см. табл. 14). Следует учесть, что астеноанергический синдром может быть предшественником апатоабулического. Именно как «предвестник шизофрении» рассматривали J. Glatzel, G. Huber (1968) описанный ими синдром «эндогенной юношеской астенической несостоятельности». При астеноапатическом эквиваленте депрессий у подростков [Личко А. Е., 1985] на первый план выступают жалобы на скуку, хандру, утрату интереса ко всему, даже к тем занятиям, которые раньше привлекали. В компанию сверстников не тянет, новых знакомств не ищут, увлечения оказываются заброшенными. Попыток побороть свою «лень» не предпринимается или такие попытки быстро бросают. При умственных занятиях утомление наступает со стремительной быстротой, продуктивность их падает вследствие истощаемости и рассеянности. Хотя чувства тоски не отмечают, идей самообвинения и самоуничужения не высказывают, но определенная настроенность в этом отношении имеется. На укоры со стороны в лени реагируют раздражением, но в глубине души корят себя за «обломовщину». Если же подвергаются осуждению и унижению перед сверстниками, то последствием могут быть серьезные суицидные попытки. Для преморбида здесь не свойственны шизоидные черты характера.

При невротической депрессии также могут предъявляться жалобы на утомляемость, снижение умственной работоспособности, ухудшение памяти. Однако эти нарушения всегда связаны с психотравмирующей ситуацией. Сниженное настроение сочетается с эмоциональной лабильностью, иногда — тревожностью, жалобами на соматические недомогания. Отмечаются рассеянность, нарастающая при утомлении, трудность сосредоточения, а не утрата способности понимать читаемое и слышанное и сформулировать мысль.

**Общие со взрослыми
неврозоподобные синдромы.**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Обсессивно-фобический синдром

Навязчивые опасения и страхи (фобии) и навязчивые мысли, действия и представления (обсессии) являются ведущими, а поначалу нередко единственными проявлениями данного синдрома. Большинство из них те же, что описаны при обсессивно-фобическом неврозе — он же невроз навязчивых состояний [Карвасарский Б. Д., 1980]. Среди фобий чаще других встречаются боязнь загрязнения, заразы, страх сойти с ума, «страх страха» (подросток боится, что ему почему-то станет страшно). Среди обсессии особенно характерны навязчивые мысли, иногда бранные или кощунственные, порой крайне неприятные для самого больного, или навязчивое построение каких-либо численных или буквенных систем, символизация цифр, навязчивый счет шагов, ступенек, окон в домах, людей и т. п.

У взрослых особенностью навязчивостей при шизофрении, в отличие от невротических, считаются их монотонность, инертность, большая сила принуждения, быстрое обрастание нелепыми ритуалами, которые со временем выступают на первый план [Озерецковский Д. С., 1950]. Фобии постепенно лишаются эмоционального компонента: опасения становятся чисто словесными, не волнующими по-настоящему. В противовес этому обсессии — навязчивые мысли, действия и представления — могут становиться все более мучительными для больного, не давая ему жить, доводить до неистовства, даже подталкивать к суициду. Поэтому утверждение, что в отличие от неврозов, при шизофрении нет борьбы с навязчивостями, далеко не всегда справедливо. Подросток просто не в силах бороться с ними. Но, в отличие от неврозов, навязчивости при шизофрении не поддаются психотерапии.

Имеются некоторые особенности обсессии при шизофрении, присущие именно подростковому возрасту. Подростки бывают склонны выполнять навязчивые действия и ритуалы, не заботясь, чтобы их как-то замаскировать от посторонних, и крайне озлобляясь, если их действиям мешают другие. Они могут заставлять близких, а иногда даже чужих людей, проделывать ритуалы, при отказе проявляя агрессию или прибегая к самоуничижающим мольбам. Данному возрасту бывают также свойственны навязчивые яркие зрительные представления сексуального, агрессивного или аутоагрессивного содержания, то неприятного и устрашающего (например, картина убийства собственной матери), то сопровождаемые непередаваемым жутко-сладостным ощущением. При шизофрении подростки иногда выполняют ритуалы часа- » ми, до полного отчаяния и изнеможения.

К обсессиям и фобиям нередко присоединяются идеи отношения, а также симптомы тревожной или астенической депрессии, деперсонализации, ипохондричности [Исаев Д. Н.,

1977]. В некоторых случаях подростки обнаруживают патологическую зависимость от кого-либо из близких, в практической жизни беспомощны, лишь в привычных условиях в какой-то степени приспособлены. Например, они не в силах сменить одно учебное заведение на другое или учебу на труд, не могут привыкнуть к новому месту жительства.

Дифференциальный диагноз наиболее важен и сложен между обсессивно-фобическим синдромом при шизофрении и неврозом навязчивых состояний. Существует мнение, что по самим навязчивостям эти заболевания практически отличить невозможно. Для диагноза шизофрении необходимы основные ее признаки: эмоциональное снижение, апатия и абулия как проявление падения энергетического потенциала, а также характерные нарушения мышления. Однако при неврозоподобной вялотекущей шизофрении у подростков эти признаки могут быть выражены недостаточно или не проявляться совсем. С другой стороны, как следует из приведенного описания, навязчивости при шизофрении у подростков имеют определенные особенности (табл. 11), которые могут послужить критериями для дифференциальной диагностики.

В качестве примера использования упомянутой дифференциально-диагностической таблицы приводятся следующие клинические иллюстрации.

Сергей С., 17 лет. Сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Рос тихим, пугливым,, боялся темноты, остаться один в комнате, незнакомых мужчин, избегал шумных игр. В 8—9 лет появились первые навязчивости: много раз проверял, заперта ли дверь, закрыта ли форточка, выключен ли газ и т. п. Однажды, увидев на улице находившегося вдали мальчика, у которого из носа шла кровь, неожиданно заявил матери: «Боюсь, не я ли убил его?».

Учился хорошо до 8-го класса.

В 14 лет изменился: бросил занятия спортом, снизилась успеваемость, «погряз в навязчивостях». Боялся, что у него рак (тетка умерла от рака), что заразился где-то сифилисом (на половом члене маленькая бородавка). С трудом сдал выпускные экзамены. Стал очень напряжен. Появились навязчивые яркие представления: видел сцены убийств и изнасилований, в которых сам принимал участие. Настроение стало тоскливым; казалось, что «потерял все чувства». Затем появились навязчивые ритуалы («дотрагивания»), которые выполнял, не стесняясь посторонних, всякий раз, когда заходил в новое помещение.

Однажды, чтобы избавиться от досаждавших его навязчивостей,

в одиночку выпил бутылку вина. Навязчивости прошли, настроение улучшилось, но внутри головы появился мужской голос, который много раз повторял: «Пойди и повесься!». На другой день сам обратился в психоневрологический диспансер.

Таблица 11. Дифференциально-диагностические критерии между обсессивно-фобическим синдромом при шизофрении и неврозом навязчивых состояний

Критерии	Обсессивно-фобический синдром	Невроз навязчивых состояний
Содержание навязчивостей	Преобладают «идеобсессии» (бессодержательные мысли, абстрактные системы, счет) или яркие зрительные представления	Самое разнообразное
Особенности фобий	Постепенно утрачивают эмоциональный компонент: о страхах говорят без волнения. Могут быть особо нелепые (боязнь отдельных букв) или заумные (страх страха). Часты фобии, которые могут лечь в основу бреда заражения или загрязнения	Всегда эмоционально насыщены
Особенности обсессий	Неодолимость — большая сила принуждения, обрастание сложными ритуалами, которые могут выполнять часами	Часто состоят из повторения привычных действий (повернуть выключатель и т. п.)
Способы исполнения навязчивых действий	Не стесняются посторонних и даже заставляют других выполнять ритуалы	Стараются маскировать свои действия от посторонних
Другие психические расстройства	Идеи отношения, приступы тревоги, деперсонализация, ипохондрические жалобы	Обычно только симптомы невротической депрессии
Суицидальное поведение	На высоте навязчивостей возникают суицидные мысли, могут совершать серьезные суицидные действия	Отсутствует
Социальная адаптация	Часто беспомощны в практической жизни.	Нередко сохранена. Иногда

	Патологическая привязанность к кому-либо из близких: работать или учиться могут только под их постоянной опекой. Трудоспособность падает	больные сами отыскивают условия жизни, способствующие адаптации
Механизмы психологической защиты	Избегание контактов с незнакомыми, особенно со сверстниками. Стремление быть под опекой кого-либо из близких	Сами навязчивости рассматриваются как механизмы психологической защиты от внутренней тревоги

В больнице рассказал, что его по многу часов подряд преследовали навязчивые представления, как он втыкал нож в спину идущим по улице людям, как насилует женщин. Появилось какое-то двойственное отношение к родителям: любит их и скучает без них и в то же время чувствует какое-то безразличие к ним, которое его тяготит.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не обнаружено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован смешанный эпилептоидно-истероидный тип и выявлен признак дискордантности характера (эпилептоидность/сенситивность, истероидность/сенситивность); отмечены повышенная откровенность, высокий риск делинквентности при амбивалентном отношении к алкоголизации.

Физическое развитие с выраженной акселерацией: в 14—15 лет вырос до 189 см.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия обсессивно-фобическому синдрому при неврозоподобной шизофрении (см. табл. 11): содержание навязчивостей (яркие зрительные навязчивые представления), особенности obsessions (большая сила принуждения, длятся часами), способы исполнения навязчивых действий (не стесняясь посторонних), суицидальное поведение (императивная слуховая галлюцинация с приказом повеситься), дополнительные симптомы психических расстройств (спровоцированная алкоголем слуховая императивная галлюцинация, явления деперсонализации).

Признаки соответствия неврозу навязчивых состояний отсутствуют. *Диагноз.* Шизофрения. Возможен неврозоподобный дебют прогрессивной (параноидной) формы. Обсессивно-фобический синдром.

Катамнез. Было проведено лечение элениумом, галоперидолом,

мажептилом, амитриптилином и затем атропиношоковая терапия. При каждом из испробованных средств — кратковременное улучшение. На протяжении последующих 5 лет к прежним навязчивостям присоединились навязчивые суицидные мысли, а также страх того, что он кому-нибудь залезет в карман. Появилось странное ощущение что, когда он читает чужую книгу, то его мысли в эту книгу уходят. Были отдельные бредовые высказывания: однажды заявил, что у него неизвестно каким способом кто-то крадет мозг. Впоследствии это отрицал. Не учится и не работает. Сидит дома без дела. Стал вялым и апатичным. Оформлена инвалидность II группы.

Андрей Х., 17 лет. Сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Отец страдает алкоголизмом, давно бросил семью.

Живет вдвоем с матерью. Развивался с небольшой задержкой. В детстве был очень пуглив. Боялся темноты, незнакомых мужчин, собак, остаться один в комнате. Учится хорошо в специализированной литературной школе. Увлекается историей.

В 10-м классе приходилось много заниматься, страшился выпускных экзаменов. Обратился с жалобами на навязчивости, которые «не дают жить». Испытывал страх высоты, не мог выйти на балкон. Боялся карканья ворон («накаркают беду»); услышав его, возвращался обратно или шел другой дорогой. Вечером в темноте, идя по городу, боялся волков, хотя понимал нелепость этого страха. «Чтобы не случилось ничего плохого», выполнял ряд ритуалов. Например, на контрольные в школе всегда ходил, поддев под верхнюю рубашку одну и ту же майку; идя в школу, следил за тем, чтобы не наступить на крышки люков. Ритуалы всегда незаметны для окружающих. Очень страшится за здоровье и жизнь матери, хотя никаких реальных оснований для таких опасений нет. Склонен к самоанализу: себя считает и слишком застенчивым, и говорящим правду в глаза людям, за что страдает. В школе отношения с одноклассниками формальные — его недолюбливают за то, что выступает на собраниях и всех критикует («я свои ошибки признаю тоже»). В общении со старшими подчеркнуто вежлив — педагоги его любят.

При патопсихологическом обследовании: признаков искажения процесса обобщения не обнаружено; отмечена некоторая склонность к резонерству. При патохарактерологическом обследовании диагностирован сенситивно-психастенический тип без признаков высокого риска формирования психопатии. Дискордантность характера не выявлена.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия неврозу навязчивых состояний (см. табл. 11): содержание

навязчивостей (разнообразное), особенности фобий (эмоционально насыщены), способы исполнения навязчивых действий (всегда замаскированы от окружающих), дополнительные симптомы психических расстройств (отсутствуют), суицидальное поведение (отсутствует), социальная адаптация (сохранена).

Признаков соответствия обсессивно-фобическому синдрому при неврозоподобной шизофрении нет.

Физическое развитие с акселерацией. *Диагноз.* Невроз навязчивых состояний.

Катамнез. По окончании средней школы поступил в университет, после чего навязчивости сгладились.

Обсессивно-фобический синдром может быть также проявлением неврозоподобного дебюта прогрессивной шизофрении. Риск перехода в прогрессивную форму при этом синдроме у подростков весьма высок—61 %, по нашим данным.

Астеноипохондрический синдром

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Основными проявлениями являются ипохондрические жалобы и симптомы, сходные с неврастенией. Больные говорят об упорных, часто распирающих головных болях, сердцебиениях, перебоях, болях в области сердца (обычно указывая на место сердечного толчка), схватках в животе, нехватке воздуха, ломоте во всем теле и т. п. Никаких патологических изменений со стороны соматики при самом тщательном обследовании обнаружить не удается или отклонения бывают столь ничтожные, что не могут служить причиной для тяжелых и упорных субъективных переживаний.

Подоплекой для ипохондрических жалоб могут быть необычные неприятные ощущения в теле, которые Е. Dupre, Р. Camus (1907) назвали сенестопатиями. Описания этих ощущений подростками даются не только яркие («чувствую открытую рану в глотке»), но нередко вычурные и нелепые. Говорят, что ощущают, как кровь продвигается в сосудах, как скрипит сердце, как трещат кости, как пища в кишечнике сбилась. в ком и т. п. Особенно характерны для подросткового возраста сенестопатии в области гениталий и в области сердца.

Временами могут наступать приступы острой тревоги за свое здоровье, со страхом смерти, с паникой. Эти состояния могут сопровождаться бурными вегетативными реакциями: бледностью или покраснением лица, тахикардией, повышением

артериального давления, реже — ознобом или обильным потом, — тогда картина напоминает диэнцефальный криз. Астенические симптомы сводятся к постоянным жалобам на слабость, быструю утомляемость, чувство нездоровья, изнеможения, плохой неосвежающий сон. Падение аппетита менее характерно.

Ссылаясь на слабость и болезненные ощущения, подростки уклоняются от учебы и особенно от всяких дополнительных нагрузок, в изнеможении укладываются в постель. Постоянно требуют лечения и обследования. Охотно госпитализируются в соматические стационары. Сознание психической болезни отсутствует. Свои болезненные ощущения не склонны ни приписывать «нервам», ни даже связывать с неприятностями. Обижаются на близких за то, что их считают симулянтами, заставляют взять себя в руки, а они не могут.

Преморбидные особенности обычно сводятся к симптомам невропатии в детстве и чертам астеноневротической акцентуации характера в подростковом возрасте. Такие больные нередко вырастают, в семьях, где взрослые все время тревожатся за свое здоровье и любят обсуждать болезни своих знакомых [Сухарева Г. Е., 1974] или в доме кто-то долго и тяжело болел.

Астеноипохондрический синдром может держаться на протяжении многих лет. Подобные случаи В. М. Бехтерев (1928) выделял в особую форму психического расстройства, независимую от шизофрении, названную им соматофренией. Распространено иное суждение, что эти случаи являются особой формой шизофрении — «ипохондрической шизофренией» [Консторум С. И. и др., 1935; Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983]. Присущие шизофрении изменения личности проявляются мало. Падение активности, необщительность, некоторое охлаждение к близким подростки сами замечают и объясняют своей «тяжелой болезнью». Ей же приписываются угнетенное настроение, мрачность, угрюмость, безрадостность, раздражительность. В отношении всего, что касается ипохондрических переживаний, больные сохраняют и контактность, и заинтересованность, и достаточную эмоциональность.

Прогредиентная шизофрения, особенно параноидная, также может начинаться с астеноипохондрического синдрома. Риск, что данный синдром может оказаться подобным дебютом, составляет, по нашим данным, 27 %. По данным же В. Ф. Матвеева и соавт. (1985), через 10—15 лет почти у половины больных диагностируется параноидная или простая форма шизофрении. При параноидной форме на основе сенестопатии развивается ипохондрический бред: больные

утверждают, что внутренности сгнили, сердце ссохлось, кости изломаны, все тело изъедено раком и т. п.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с затяжным неврозом или невротическим развитием в форме неврастении, а также соматогенными неврастеноподобными расстройствами, когда в картине преобладают ипохондрические жалобы (табл. 12).

Ниже приводятся иллюстрации для использования табл. 12 в целях дифференциальной диагностики.

Анатолий Т., 16 лет. Сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. С детства был стеснительным, впечатлительным, но очень добросовестным, с большим чувством долга. Близких друзей не было. С посторонними замкнут, но очень привязан к матери и младшему брату, с отцом сдержан. В 13 лет перенес ревматический миокардит без последствий. В настоящее время ревматические пробы отрицательные, электрокардиограмма без отклонений.

За последние 1,5 года бурное половое созревание — за год вырос на 12 см. Появились жалобы на постоянные озноб и потливость, возникали приступы внезапной слабости с болями в сердце, спазмами в горле и животе и резами в половых органах. Все время чувствовал себя тяжелобольным. Мрачен, угрюм. Забросил занятия в школе. Отдых на летних каникулах несколько не улучшил состояния. Появились необычные переживания: «все, как в пелене»; казалось, что левая рука толще правой, а левая нога тяжелее правой. Стал думать, что «все к нему плохо относятся», что даже посторонние на него «зло смотрят». Возникали суицидные мысли, но никаких попыток не предпринимал. Одновременно с ними могли появляться страх смерти, боязнь, что сердце остановится, ощущал «удары электрического тока в голове». Были состояния, когда казалось, что «тело исчезло, остались одни мысли».

Таблица 12. Дифференциально-диагностические критерии между астеноипохондрическим синдромом при шизофрении и при неврастении и соматогенных неврастеноподобных расстройствах

Критерии	Астеноипохондрический синдром	Неврастения и соматогенные неврастеноподобные расстройства
Характер ипохондрических жалоб	Предъявляются в необычной вычурной и даже нелепой форме	Яркие эмоционально насыщенные описания

Патологические изменения в органах, являющихся источником жалоб	Обычно отсутствуют. Иногда могут быть действительные патологические изменения в других органах, но они не привлекают внимания больного	Встречаются незначительные функциональные нарушения или имелись заболевания в прошлом
Сенестопатии	Часто возникают и бывают резко выражены	Наблюдаются изредка. Их описание не бывает нелепым
Особенности астении	Отличается монотонным постоянством. Усиливается при малейших дополнительных нагрузках	Усиливается под влиянием волнения, напряженных ситуаций, при необходимости закончить работу к определенному сроку
Преобладающие астенические жалобы	Общее плохое самочувствие, «нездоровье», слабость	Быстрая утомляемость при нагрузках, сочетающихся с напряжением; плохой сон, раздражительность
Реакция на отдых или облегченный режим	Состояние обычно не улучшается	Временное улучшение состояния
Другие психические расстройства	Своеобразная субдепрессия: постоянная мрачность, угрюмость. Склонность к развитию ипохондрического бреда	Настроение изменчиво. Раздражительность, угнетение, плаксивость усиливаются при утомлении и в напряженной ситуации
Отношение к близким	Сперва обида за непонимание их болезни, затем постепенно нарастает охлаждение	Всегда эмоциональное, хотя нередко конфликты и ссоры- из-за мелочей
Подростковые поведенческие реакции (эмансипации,	Резко ослаблены или полностью угнетаются	Сохранены, хотя проявляются непостоянно

группирования
со сверстниками
и др.)

Высказал суицидные мысли матери, был направлен в психиатрическую больницу. В подростковом отделении держался в стороне от сверстников, контактировал только с юношей, страдавшим ипохондрическим неврозом.

После лечения трифтазином и амитриптилином состояние значительно улучшилось. Появилась частичная критика к прежним жалобам («возможно, все от нервов»).

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не выявлено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован эпилептоидный тип с дискордантностью характера (эпилептоидность/сенситивность).

Физическое развитие с акселерацией по типу интенсификации.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия астеноипохондрическому синдрому при неврозоподобной шизофрении (см. табл. 12): характер ипохондрических жалоб (вычурная форма), патологические изменения в органах, являющихся источником жалоб (отсутствуют), сенестопатии (выражены), особенности астении (монотонность, постоянное нездоровье), реакция на отдых (нет улучшения), другие психические расстройства (деперсонализация, дереализация, идеи отношения, суицидные мысли), подростковые поведенческие реакции (отсутствие проявлений эмансипации, группирования со сверстниками, увлечений).

Признаки соответствия неврастении и неврастеноподобным расстройствам иного генеза отсутствуют.

Диагноз: вялотекущая неврозоподобная шизофрения.
Астеноипохондрический синдром.

Катамнез через 4 года. Школу не закончил. Стал работать слесарем на заводе вместе с отцом. Свободное время проводит дома. Друзей нет, знакомств с девушками не ищет. Регулярно принимает небольшие дозы трифтазина и амитриптилина. При попытке прервать лечение появлялся навязчивый страх выбраться из окна — в эти периоды боялся подходить к окнам.

Максим М. Сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Вырос в семье офицера. Воспитывался в строгости. Был веселым и общительным. Хорошо учился в математической школе. Имел много друзей. В компаниях заводила. С 16 лет с приятелями иногда выпивал (до

пол-литра вина в один прием).

С 15 лет частые ангины, постоянный субфебрилитет, продолжавшийся после тонзилэктомии. Полгода назад во время ангины с высокой температурой ночью показалось, что задыхается, возник страх смерти. С тех пор подобные приступы по ночам повторялись неоднократно. Спокойно спал только после приема седуксена. Недавно приступ удушья и страха смерти возник в метро, когда поезд резко затормозил. С тех пор приступы в метро повторялись каждый раз, когда пытался поехать. Подозрение на бронхиальную астму терапевтами было отвергнуто.

Никаких психогенных факторов обнаружено не было. Успешно окончил математическую школу, поступил в технический вуз. Несмотря на болезнь, хорошо сдал первую сессию. Отношение к родителям сдержанное («так воспитали»), но очень привязан к бабушке. В беседе красочно описывает ощущения во время приступов: «не вдохнуть», «сердце слабеет», «руки трясутся» и т. п. Отмечает сниженное настроение, плохой неосвежающий сон, ослабление аппетита.

После лечения феназепамом и психотерапии состояние улучшилось. Приступы прекратились.

На ЭЭГ и при неврологическом осмотре — без патологических изменений. Отмечена вегетативная лабильность. Ревматические пробы отрицательны. На ЭКГ — без отклонений.

При патопсихологическом обследовании признаков искажения процесса обобщения не обнаружено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован циклоидный тип акцентуации характера. Признаков дискордантности характера не выявлено.

Физическое развитие с выраженной акселерацией.

Дифференциально-диагностические признаки, свидетельствующие о нешизофренической природе астеноипохондрического синдрома (см. табл. 12): характер ипохондрических жалоб (яркие, эмоционально насыщенные описания), патологические изменения в органах, являющихся источником жалоб (частые ангины в прошлом), сенестопатии (отсутствуют), преобладающие астенические жалобы (плохой сон, утрата аппетита), другие психические расстройства (жалобы на сниженное настроение), отношение к близким (теплое к бабушке, к которой привязан), подростковые поведенческие реакции (группирование со сверстниками сохранено).

Признаков астеноипохондрического синдрома при неврозоподобной шизофрении нет.

Диагноз. Неврастеноподобное расстройство соматогенного происхождения. *Катамнез* через 6 лет. Здоров. Окончил институт. Женился, имеет ребенка.

Астенические и ипохондрические симптомы могут также быть и при истерическом неврозе, и при неврозе навязчивых состояний. Истерические ипохондрические жалобы, хотя и предъявляются в яркой и красочной форме, но отличаются изменчивостью: одни сменяют другие, особенно, когда проведенные обследования не находят объективных причин. Жалуются больные с театральной аффектацией, ищут не помощи, а внимания. При неврозе навязчивых состояний встречаются нозофобии — боязнь опасных заболеваний, чаще всего рака. Субъективные жалобы при этом минимальны, подростки ищут у себя и стараются предъявить какие-либо объективные, с их точки зрения, признаки болезни.

Деперсонализационно-дереализационный синдром

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Транзиторная деперсонализация и особенно дереализация в подростковом возрасте встречаются довольно часто [Korkina M., 1971]. Они могут возникать у здоровых подростков как с шизоидной и психастенической, так и с эмоционально-лабильной акцентуацией характера, могут развиваться при различных реактивных состояниях и при соматогенной астении, под действием интоксикации дурманыщими средствами, а также быть симптомами при различных психических расстройствах, в том числе при разных синдромах в течении шизофрении.

О деперсонализационно-дереализационном синдроме следует говорить, когда подобные нарушения бывают ведущими, стойкими, а иногда почти единственными признаками психического расстройства, что встречается не так часто.

Принято различать аутодеперсонализацию, соматодеперсонализацию и дереализацию.

Аутодеперсонализация проявляется жалобами на непонятное трудноописуемое словами изменение самого себя, собственной личности. Подростки обычно не могут подыскать нужные слова, чтобы рассказать об этих изменениях. Говорят, что «не такой, как раньше», «стал, как автомат», «как истукан»; часто придумывают собственные термины для обозначения своего состояния («отрубился» и т. п.). Особенно мучительно переживается «потеря всех чувств»: «разучился переживать», «не могу ни радоваться, ни волноваться, как раньше», «ничего не трогает», «перестал сочувствовать другим» — все это обычно

обозначается как симптом «болезненного бесчувствия» (anaesthesia dolorosa). Иногда больше выступает переживание неестественности своего поведения. Говорят, что все делают механически, заявляют, что «нет сообразительности в действиях».

Соматодеперсонализация сводится к необычным телесным ощущениям или нарушениях схемы тела. Например, руки кажутся неодинаковыми по размеру, хотя осознается, что этого быть не может; все тело — оцепевшим, бесчувственным, отяжелевшим; конечности — деревянными; лицо — опухшим и т. п.

Дереализация часто дополняет деперсонализацию, но может быть и без нее. Жалуются на «незримую стену» между собой и окружающей обстановкой, все видится, «как через стекло», все кажется бесцветным, краски поблекли, звуки притупились. Чаще всего приходится слышать, что все вокруг как-то странно и необычно изменилось, а в чем эта перемена — словами передать невозможно.

При деперсонализации и дереализации сохраняется определенное критическое отношение к болезненным переживаниям, они бывают мучительны, не дают больным покоя, а избавиться от них они не могут.

Своеобразные деперсонализационные и дереализационные явления наблюдаются на фоне некоторой экзальтации и легкой эйфории. Говорят о «просветлении души», о появившейся необычной способности проникать в сущность увиденного и услышанного, в чувства и мысли других, об особой яркости восприятия и переживаний, о непрекращающемся состоянии особого озарения. Соматодеперсонализация в таких случаях проявляется ощущением необыкновенной легкости своего тела, «состояния невесомости», или же больные заявляют, что за считанные дни выросли на несколько сантиметров, а мышцы налились силой.

Шизоидная и психастеническая акцентуация в преморбиде предрасполагает к аутодеперсонализации; эмоционально-лабильная акцентуация — к дереализации. Синдром развивается обычно в старшем подростковом возрасте. При шизофрении этот синдром встречается довольно редко — по данным эпидемиологических исследований В. Ю. Воробьева (1971), в 0,37 % от всех случаев этого заболевания. Но симптомы деперсонализации и дереализации как компоненты других синдромов при подростковой шизофрении могут быть обнаружены достаточно часто, если больных специально об этом расспрашивать, так как по своей инициативе они не могут сказать о подобных переживаниях, не в силах подобрать слов

[Korkina M., 1971]. Считается также, что данный синдром можно встретить у интеллектуально развитых подростков, склонных к рефлексии и самоанализу. Но возможно, что только такие подростки могут сами о подобных нарушениях рассказать. Как следствие деперсонализации могут быть нарушения поведения с целью привлечь внимание к своему состоянию и даже суицидные попытки, точнее акты аутоагрессии с намерением «почувствовать реальность», «ощутить себя» [Беззубова Е. Б., 1986].

Дифференциальный диагноз проводится прежде всего с транзиторной деперсонализацией и дереализацией у подростков. Для шизофрении свойственна «чистая форма отчуждения» или «эссенциальная деперсонализация» [Меграбян А. А., 1962]. Одни и те же жалобы- в-, одинаковых, стереотипных и порой причудливых выражениях монотонно повторяются изо дня в день. Транзиторная деперсонализация и дереализация либо вообще мимолетны, либо значительно колеблются в интенсивности: усиливаются после психических травм, в напряженной ситуации, при переутомлении, особенно при длительном недосыпании, а также при соматических заболеваниях, сопровождающихся резкой астенией (психогенная и соматогенная деперсонализация и дереализация).

Деперсонализация довольно часто сопровождает депрессии у взрослых [Нуллер Ю. Л., 1981], но у подростков на фоне депрессивных состояний эти нарушения встречаются редко, а может быть, им трудно о них рассказать. Поначалу в основе депрессивной деперсонализации отчетливо лежит чувство витальной тревоги — деперсонализация усиливается на высоте тревоги и спадает при успокоении.

Деперсонализация и дереализация возникают у подростков при злоупотреблении психотомиметическими, а также разнообразными дурманыщими средствами, например после приема больших доз циклодола, курения гашиша, вдыхания паров пятновыводителей, бензина, некоторых сортов клея, но в этих случаях подобные нарушения сохраняются только на высоте интоксикации.

Деперсонализационно-дереализационный синдром описан при вялотекущей неврозоподобной шизофрении [Наджаров Р. А., 1955]. Прогноз при этом синдроме относительно благоприятен — с годами нарушения чаще всего сглаживаются и социальная адаптация сохраняется [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983]. Однако с данного синдрома может начинаться и прогрессирующая шизофрения. Он также может возникать на высоте фаз шизоаффективного психоза — «периодической шизофрении» [Пападопулос Т. Ф., 1967].

**Неврозоподобная форма
вялотекущей шизофрении**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Эпидемиологические данные указывают, что неврозоподобная форма в подростковом возрасте встречается в 42 % [Личко А. Е. и др., 1986] от всех случаев вялотекущей шизофрении, т. е. реже, чем психопатоподобная. В период манифестации неврозоподобные синдромы возникают в 16 % от числа всех случаев шизофрении и шизоаффективных психозов у подростков.

Клиническая картина и во взрослом, и в юношеском возрасте наиболее полно представлена Р. А. Наджаровым (1955), R. Hoch и соавт. (1962). В период манифестации у подростков возникает один из синдромов, представленных в предыдущем разделе, среди которых наиболее частыми являются обсессивно-фобический (34 %) и дисморфоманический (29 %). Астеноипохондрический синдром отмечен в 14 %, синдром метафизической интоксикации — в 11 %. Остальные синдромы (аноректический, деперсонализационно-дереализационный, астеноанергический) относительно редки — каждый из них констатирован в 3—5 %. Почти половина случаев падает на подростковые неврозоподобные синдромы, а другая половина — на синдромы, общие со взрослыми.

Течение неврозоподобной формы, начавшейся в подростковом возрасте, характеризуется, по данным многолетних катамнезов [Личко А. Е. и др., 1986], высоким числом (37 %) хороших и стойких ремиссий с удовлетворительной социальной адаптацией. Регредиентный тип течения здесь встречается чаще, чем при психопатоподобной форме. Почти ту же частоту (32 %) у взрослых отметили Р. Hoch и соавт. (1962).

В большинстве случаев хорошие ремиссии устанавливаются в период от 6 мес до 2 лет от начала манифестации. Наиболее благоприятными оказались синдром метафизической интоксикации и деперсонализационно-дереализационный.

Прогностически хорошим признаком в период манифестации служит выраженный депрессивный фон, на котором разворачивается каждый из неврозоподобных синдромов. Этот признак, видимо, неспецифичен для данной формы шизофрении — он считается благоприятным для шизофрении в целом [McGlashan T., 1986]. Переход в прогрессирующие формы шизофрении (параноидную или простую) происходит, по нашим данным, приблизительно в 40 %. Существует мнение, что неврозоподобные синдромы гораздо чаще психопатоподобных сменяются параноидной формой, чем простой. Теоретически это объясняется логической связью в цепи: «навязчивые идеи — сверхценные идеи — бредовые идеи». Наши данные свидетельствуют о том, что переход в параноидную форму

достоверно чаще, чем в простую, происходит только при двух синдромах, соответствующих этой логической цепи — при синдромах дисморфоманическом и обсессивно-фобическом. При других неврозоподобных синдромах вероятность перехода в простую и в параноидную форму приблизительно одинакова.

Инвалидность II группы, по данным отдаленных катамнезов, была установлена в 14 %. Завершенные суициды в ближайшие 5 лет от начала манифестации были в 2 %.

Значительно реже при неврозоподобной форме, чем при психопатоподобной (23 % вместо 42 %), можно наблюдать многолетнее стационарное состояние с маломеняющейся неврозоподобной симптоматикой, с нерезкими ухудшениями и незначительными улучшениями по временам. Социальная адаптация большинства таких больных бывает значительно снижена. Хотя многие из них кончают среднюю школу, но работают они непостоянно, в облегченных условиях, иногда под непосредственной опекой кого-либо из близких. Однако присущие шизофрении изменения личности оказываются выраженными довольно слабо. Но с годами у таких больных нарастают психастенические, истерические и шизоидные черты [Смуглевич А. Б., 1987].

Неврозоподобные дебюты прогредиентной шизофрении

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Прогредиентная шизофрения в подростковом возрасте начинается с неврозоподобных дебютов, по нашим данным, в 23 %, т. е. вдвое реже, чем с психопатоподобных расстройств. При этом только в 3,5 % госпитализация в психиатрическую больницу осуществляется на стадии неврозоподобной манифестации, в остальных 19,5 % неврозоподобные расстройства в дебюте были. выражены умеренно, они не вызывали социальной дезадаптации, о них удавалось узнать из анамнеза, когда подросток был госпитализирован с картиной другого синдрома.

Синдромы неврозоподобных дебютов прогредиентной шизофрении те же, что и при вялотекущей форме. Наиболее часто встречаются обсессивно-фобический и дисморфоманический синдромы (табл. 13). Именно при этих синдромах наиболее высок риск трансформации в прогредиентную шизофрению: 61 %—при дисморфоманическом, 42 % — при обсессивно-фобическом.

Различные неврозоподобные синдромы с неодинаковой частотой встречаются при простой и постепенно развивающейся параноидной формах шизофрении (см. табл. 13). Но достаточно достоверными ($p < 0,05$) оказались лишь два различия: дисморфоманический синдром чаще предшествует параноидной;

астеноанергический — простой форме. В сумме все подростковые неврозоподобные синдромы приблизительно одинаково часто бывают в дебютах и параноидной, и простой формы. То же относится и к неврозоподобным синдромам, общим со взрослыми.

Таблица 13. Частота различных неврозоподобных синдромов в дебюте прогрессивной шизофрении

Синдромы	Форма прогрессивной шизофрении (% от числа случаев каждой формы)		В целом (%) (n=130)
	простая (n=41)	параноидная (n=89)	
Подростковые:			
дисморфоманический	25	36	31
аноректический	7	1	3
метафизической интоксикации	2	6	5
астеноанергический	14	3	7
Общие со взрослыми:			
обсессивно-фобический	38	32	34
астеноипохондрический	12	14	14
деперсонализационно-дереализационный	21	8	6

Сроки смены неврозоподобных расстройств на параноидные или апатоабулические те же, что при психопатоподобных расстройствах: в 80 % трансформация происходит в период от 6 мес до 3 лет от начала манифестации. После этого переход неврозоподобных расстройств в параноидные и апатоабулические становится маловероятным. Возникновение острых приступов шизофрении с последующим приступообразно-прогрессивным течением, по нашим данным, отмечено лишь в 6 %. Первый острый психотический приступ также наступал в период 1—3 года от начала манифестации неврозоподобных расстройств.

Прогностически неблагоприятные признаки высокого риска трансформации неврозоподобных синдромов в апатоабулический с последующим прогрессивным течением простой формы шизофрении, по существу, те же, что описаны в гл. 2 для психопатоподобных расстройств: нарастающая неопрятность, утрата стыдливости и злобная агрессия к близким.

Признаком высокого риска перехода в параноидную форму прежде всего служит появление нестойких и еще не

сформировавшихся в систему бредовых идей, проистекающих из основных симптомов неврозоподобного синдрома. Например, при дисморфоманическом синдроме к страстному убеждению о наличии у себя неприятного для других физического недостатка присоединяется бредовая интерпретация его причины: «уродливое лицо — от дурной наследственности», «малый рост оттого, что родители в детстве не давали витаминов», «кажущаяся полнота тела — мать в детстве перекармливала». Для обсессивно-фобического синдрома признаком высокого риска прогрессирующей формы является также появление стойких идей отношения, не связанных непосредственно с обсессиями и фобиями («всюду на меня смотрят», «за спиной смеются» и т. п.). При ипохондрических переживаниях — неблагоприятно сочетающееся с ними враждебное отношение к родителям [Ковалев В. В., 1979]. При деперсонализационно-дереализационном синдроме таким же неблагоприятным признаком служит появление идей инсценировки и метаморфозы. Всегда указанием на высокий риск будут элементы синдрома Кандинского — Клерамбо.

***Неврозоподобные ремиссии при
приступообразно-прогрессирующей и
непрерывно-прогрессирующей
шизофрении***

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

У взрослых известны два типа неврозоподобных ремиссий — астенический, сходный с картиной неврастения, и ипохондрический — с ипохондрическим развитием личности [Ефименко В. Л., Кашкаров В. И., 1978]. Подобные неполные ремиссии возникают после острого приступа шизофрении или при ослаблении развития непрерывно-прогрессирующих (например, параноидной) форм.

Астенический тип был описан В. М. Морозовым и Ю. К. Тарасовым (1951). На первый план выступают жалобы на повышенную утомляемость, общую слабость, разбитость, головные боли, плохой сон. От любой работы быстро устают, вынуждены делать частые и долгие перерывы для отдыха. Напряженный труд вообще оказывается недоступным. Но, кроме упомянутых неврозоподобных симптомов, нередко отмечаются замкнутость, сужение круга интересов, падение инициативы.

В подростковом возрасте также можно наблюдать эти два типа ремиссий и так же, как у взрослых, астенический тип встречается чаще ипохондрического. Картина нарушений существенно не отличается от описанной у взрослых. Можно лишь добавить, что при астеническом типе ремиссий подростки особенно плохо переносят умственные нагрузки, учеба требует крайнего напряжения. При ипохондрическом типе ремиссий, считая себя тяжелобольными и страдающими, они уклоняются и от учебы, и от всякого труда. Если на фоне астенической ремиссии усиливаются нарушения сна, появляется

раздражительность, ухудшается аппетит, то это может послужить предвестником надвигающего нового приступа [Herz M., 1985].

Глава 4. Аффективные расстройства. Определение и систематика.

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Термин «аффективные расстройства» понимается двояко. В широком смысле к аффективным расстройствам можно отнести все нарушения, где эмоциональный (аффективный) компонент является основным,— от острых аффективных реакций до эмоциональной тупости при шизофреническом дефекте. Однако обычно в психиатрии этот термин используется в узком смысле — в отношении аффективных синдромов, которые характерны для маниакально-депрессивного психоза, хотя встречаются и при других психических расстройствах, а именно для различных вариантов маниакальных, депрессивных и смешанных состояний [Снежневский А. В., 1983]. В американском психиатрическом руководстве DSM-III (1980), кроме перечисленных состояний, в группу аффективных включены также дистимические расстройства.

При шизофрении депрессивные и маниакальные состояния (последние иногда называют маниакальноподобными, чтобы отличить от типичных маний при маниакально-депрессивном психозе) характерны для ее особой — рекуррентной формы (циркулярной, периодической шизофрении), которую часто называют также шизоаффективным психозом, а иногда рассматривают как особую нозологическую единицу («третий психоз») или как вариант маниакально-депрессивного психоза (атипичный аффективный психоз).

У подростков, вероятно, вследствие свойственной возрасту эмоциональной лабильности, депрессия как преходящий или даже как относительно устойчивый симптом встречается при разных синдромах шизофрении. Но маниакальноподобные состояния присущи именно шизоаффективному психозу. В этом возрасте, в отличие от детей, встречаются все описанные у взрослых варианты депрессивных и маниакальных состояний. Однако чаще, чем у взрослых, возникают их атипичные проявления. Картина нарушений может быть настолько необычной, что заслоняет депрессивную основу всего психического расстройства. Такие случаи принято называть подростковыми депрессивными эквивалентами [Toolan J., 1971]. Примером может послужить описанный нами делинквентный эквивалент депрессии [Личко А. Е., 1979].

На высоте маниакальных (реже — депрессивных) состояний могут возникать онейроидные переживания, содержание которых в подростковом возрасте отражает распространенные в

среде сверстников суждения, интересы, увлечения.

В данной главе будут описаны особенности различных вариантов аффективных расстройств в подростковом возрасте:

маниакальные и гипоманиакальные состояния:

- типичная («веселая») мания,
- параноидная мания,
- гневная мания,
- спутанная мания,
- делинквентный эквивалент;

депрессивные и субдепрессивные состояния:

- депрессия со страхом и тревогой,
- параноидная депрессия,
- ипохондрическая депрессия,
- астенопатическая депрессия,
- делинквентный эквивалент; *смешанные состояния;*

онейроидные состояния на высоте аффективных расстройств.

Все эти варианты аффективных расстройств чаще всего встречаются при шизоаффективном психозе. В стертом виде их можно выявить при тимопатическом типе ремиссий, а также при других формах шизофрении у подростков, как вялотекущей, так и прогрессирующей.

Маниакальные синдромы. Типичная ("веселая") мания.

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Маниакальный синдром в его классическом описании («веселая», «солнечная» мания), характерный для маниакально-депрессивного психоза у взрослых, довольно редко встречается у подростков, так как сам этот психоз чаще начинается в более

старшем возрасте. Среди подростков мужского пола 1 случай маниакально-депрессивного психоза приходится на 7 случаев шизо-аффективного и на 20 случаев прогрессирующей и вялотекущей шизофрении [Личко А. Е., 1985]. Однако иногда первые и даже вторые приступы шизоаффективного психоза могут проявляться типичными маниями. По нашим данным, среди 61 подростка с катamnестически верифицированным

шизоаффективным психозом типичные мании встречались у 14 больных (23 %).

Типичная («веселая») мания в старшем подростковом возрасте не отличается от картины, наблюдаемой у взрослых. У младших подростков безудержное веселье обычно сочетается с дурашливостью. Тогда возникает необходимость дифференцировать с гебефреническим возбуждением. Критерии для дифференциального диагноза изложены в гл. 8.

Выделение других вариантов маниакального состояния осуществляется в соответствии с преобладающей симптоматикой, хотя наряду с ней могут встречаться отдельные признаки, которые доминируют при других вариантах. Например, при гневной мании могут быть отрывочные бредовые идеи преследования, при параноидной мании — вспышки гнева и т. п.

Параноидная мания

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Данный вариант (называемый также маниакально-параноидным синдромом) является самым частым среди маниакальных состояний при шизоаффективном психозе у подростков. По нашим данным, на долю параноидной мании приходится около трети всех маниакальных состояний.

Повышенное настроение, постоянное стремление к деятельности, говорливость сочетаются с бредовыми высказываниями, а иногда и галлюцинациями и явлениями психического автоматизма. Бред не ограничивается, как при типичном маниакальном состоянии, только идеями величия, отражающими нереальные, но психологически понятные, мечты или являющимися чрезмерной переоценкой своих способностей или возможностей («стану известным артистом», «буду космонавтом», «мировым ученым», «писателем» и т. п.). Если при параноидной мании возникает бред величия, то высказывания поражают своей нелепостью. Например, подросток утверждает, что за несколько дней он вырос на 10 см., что его мышцы налились небывалой силой, и поэтому он способен сдвинуть невероятные тяжести и его теперь «все боятся», или что у него открылась потрясающая память и он якобы способен один раз прочесть страницу любого текста и сразу дословно запомнить и т. д.

Нередко идеи величия переплетаются со своеобразными идеями воздействия. Больной заявляет, что он открыл у себя способность гипнотизировать других, внушать людям свои мысли и они послушно говорят и действуют под влиянием его внушения, что он способен «читать мысли других людей», собственным взглядом передвигает вещи («телекинез»), по своему желанию меняет погоду, может ускорять или замедлять

течение времени, усилием воли заставляет цветы расти быстрее или, наоборот, сразу завянуть.

Однако идеи воздействия могут и не быть связаны с идеями величия. Тогда больные считают, что сами находятся под гипнозом, что ими управляет «генератор мыслей и энергии», что в их собственной голове заложен «передатчик мыслей». Физикальное воздействие менее характерно.

Обнаруживается также склонность к символическому толкованию событий, поступков и высказываний окружающих («диктор по радио менял интонацию голоса — этим давал понять, как надо относиться к разным людям»).

Идеи отношения («на меня все смотрят») также могут приобретать эйфорическую окраску («мною любуются», «завидуют», «подражают»). Реже приходится сталкиваться с бредом преследования: шайки преступников или агенты иностранных разведок хотят расправиться, кто-то намерен обезобразить лицо, кастрировать и т. п.

Слуховые галлюцинации встречаются далеко не всегда. Они бывают императивными или чьи-то голоса комментируют поведение больного, «учат», иногда грозят или бранят. Отчетливых зрительных галлюцинаций не возникает, но иногда больные отмечают яркие сценические сновидения, которые нередко предшествуют онейроидным переживаниям.

Среди явлений психического автоматизма наиболее присущи субъективно неприятные «наплывы мыслей в голове» и гораздо реже, наоборот, ощущения пустоты. Иногда больные сами говорят об «ералаше в мыслях». Возможно, психические автоматизмы или псевдогаллюцинации лежат в основе высказываний больных о том, что их мозг работает как «передатчик мыслей», в их мозгу функционирует улавливающий чужие мысли прибор и т. п. Дерезализационные ощущения проявляются в словах, что вокруг все как-то странно и необычно изменилось, «что-то творится». На основе подобных переживаний развивается бред инсценировки: представляется, что вокруг разыгрывается какой-то спектакль, все специально переоделись, исполняют порученные им роли. Например, подростку казалось, что всюду в городе, куда бы он ни пошел, идет киносъемка, «в трамвае ехали одни актеры». Другому подростку почудилось, что все улицы вдруг опустели и это не просто — по радио передают сигналы SOS. Третий был уверен, что на улице всюду переодетые милиционеры, а в больнице воспроизведена обстановка гестапо.

Поведение больных обычно более определяется повышенным настроением и активностью, чем бредовыми и

галлюцинаторными переживаниями. От «преследователей» не прячутся, не обнаруживают беспокойства, почему «все смотрят» на них. Тем не менее само маниакальное состояние приобретает своеобразную окраску. Повышение настроения проявляется не чрезмерной веселостью, а взбудораженностью, взвинченностью. Вместо живого общения выступает назойливость. Говорливость оборачивается резонерством.

Параноидная мания чаще встречается в старшем подростковом возрасте.

Гневная мания

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Отчетливой эйфории не заметно. Больные взвинчены, подвижны, быстро и раздраженно реагируют на происходящее вокруг. О подъеме настроения можно судить косвенно по самоуверенной осанке, бесцеремонности, потере чувства дистанции со старшими и даже по бесстрашию в острых ситуациях, хотя нет никакой радужности и непосредственного веселья. Активность преимущественно проявляется тем, что они всех кругом непрерывно задевают и оскорбляют, ко всем пристают, лезут в драки, однако объекты нападок легко сменяют один другой. Особой избирательности в агрессии не проявляют, хотя чаще она направлена на сверстников. Бьют нередко походя, того, кто попался под руку. Но в момент драки могут полностью терять контроль над собой и проявить жестокость и неудержимую злобу.

Сколько-нибудь продолжительная беседа невозможна. Независимо от ее содержания быстро нарастают раздражительность и гнев в отношении собеседника. Речь наполнена бранными выражениями.

Агрессивность может сочетаться с повышенной сексуальностью в отношении лиц не только противоположного, но и своего пола. Аппетит обычно резко повышен, но, несмотря на прожорливость, больные заметно худеют. Сон непродолжительный и беспокойный, но на бессонницу не жалуются.

Гневная мания чаще встречается в младшем и среднем подростковом возрасте.

Спутанная мания

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Повышенное настроение и болтливость сочетаются с растерянным видом, затруднением понимания происходящего кругом, нарушением ориентировки в окружающем. Состояние несколько напоминает острую астеническую спутанность (см. стр. 125), однако вместо тревоги и беспокойства видны эйфория и экзальтированность.

Формальная ориентировка во времени и месте может быть сохранена. Однако, подтверждая, что находятся в больнице, подростки с трудом узнают персонал, своего врача, не знают соседних больных, не замечают особенностей их поведения, легко могут заблудиться в помещении. Называя правильно год и месяц (число и день недели часто сказать не могут), с трудом определяют время дня, путаются при расстановке во времени событий последних дней.

Симптом ложного узнавания может проявляться как в отчетливой форме, когда тех, кого впервые встречают, принимают за прежних знакомых, так и в более стертом виде, когда часто повторяют, что кого-то из окружающих «где-то раньше видели». Особенно страдает способность понимать и оценивать происходящие вокруг события, поступки и действия других лиц. Иногда обнаруживается склонность чужие слова понимать буквально. Например, больной услышал, как один подросток в палате сказал другому: «Тебя убить мало!». Решил, что тот действительно собирается убить другого.

Дереализация довольно характерна для спутанной мании. При расспросах подтверждают, что все вокруг как-то странно изменилось, все кажется необычным, творится что-то непонятное. Подобные нарушения легко становятся основой для бреда инсценировки.

Повышенная сексуальность для спутанной мании не характерна. Аппетит также не всегда усилен. Могут случаться немотивированные отказы от еды, правда, непродолжительные. Обычно больные быстро и значительно худеют.

Спутанная мания нередко возникает вслед за лихорадочным заболеванием (грипп, ангина), хотя повышение температуры тела может быть совсем небольшим.

Делинквентный эквивалент гипоманиакальных состояний

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Как указывалось, термин «подростковые эквиваленты» был введен в отношении депрессий [Toolan J., 1971]. Делинквентный эквивалент гипоманиакальных состояний был описан нами [Личко А. Е., 1979]. Чаще всего он бывает первым проявлением надвигающейся болезни и тогда проходит незамеченным. Лишь собирая анамнез, удается узнать о том, что прежде был период необычной возбужденности и недисциплинированности. Но подобные эквиваленты могут возникать и в ходе дальнейшего течения заболевания — на фоне интермиссий после перенесенных явных маниакальных или депрессивных фаз или непосредственно предшествовать депрессии или следовать за ней — в этих случаях делинквентные эквиваленты легче распознать.

Подобные эквиваленты представляют собой стертую гипоманиакальную фазу и проявляются поведением, свойственным гипертимно-неустойчивому типу психопатии [Личко А. Е., 1977, 1983]. Впоследствии было предложено называть такие состояния психопатоподобным эквивалентом [Сосюкало О. Д., 1984], однако при этом остается неясным, какому типу психопатий они подобны, и название не отражает, что делинквентность является ведущей чертой всех нарушений поведения. В отличие от психопатоподобных расстройств, нарушения при делинквентном эквиваленте четко ограничены во времени. До какого-то момента подросток существенно не отличался от его товарищей и во всяком случае не обращал на себя внимание необычным для себя поведением.

На протяжении нескольких дней резко возрастает активность подростка. Домашняя обстановка, привычный круг общения становятся для него тесными, скучными, а учеба, систематический труд, привычный режим — непереносимыми. Он устремляется на улицу в поиске новых знакомств, новых впечатлений, нового поля деятельности. Его общительность не знает границ. Он быстро вступает в контакт с незнакомыми, особенно со сверстниками. Будучи неразборчивым в выборе новых приятелей, легко оказывается в асоциальной компании, ищет развлечений и приключений, тянется к выпивкам, при случае не прочь отведать действия других дурманных средств, утешая себя мыслью, что «наркоманом от этого не станешь». Жажда риска и острых ощущений толкает на правонарушения — особенно на угон автомашин и мотоциклов, чтобы «покататься», но не исключено участие в кражах и ограблениях. Подобные правонарушения обычно совершаются с группой случайных приятелей. Гипоманиакальный подросток в подобной группе легко овладевает ролью временного лидера. Случается, что подростки вообще уходят из дома, бродяжничают, кочуя от одного приятеля к другому.

Повышенная сексуальность приводит к тому, что они легко вступают в сексуальные контакты, иногда начинают интенсивную и беспорядочную половую жизнь, часто меняя партнеров. Среди сексуальных девиаций встречаются промискуитет и групповой секс.

Настроение свое считают хорошим, но необычного подъема не замечают. Аппетит обычно повышен. Спят мало, но усталости не чувствуют.

Делинквентный эквивалент длится несколько недель. Затем поведение круто меняется. Подростки возвращаются к прежнему образу жизни, в семью и к учебе, снова становятся дисциплинированными. Своего прежнего поведения объяснить не могут, при расспросах отмалчиваются или озлобляются, или

приходят в уныние. Иногда вслед за делинквентным эквивалентом развивается депрессия.

Депрессивные синдромы

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Типичная (меланхолическая) депрессия не характерна для шизоаффективного психоза у подростков. Развитие подобного состояния, скорее, свидетельствует о начале маниакально-депрессивного психоза или эндореактивной депрессии на фоне циклоидной акцентуации [Личко А. Е., 1985]. Лишь у 11 % подростков, по нашим данным, одна из первых фаз шизоаффективного психоза проявлялась в виде депрессивного состояния, которое могло быть расценено как меланхолическая депрессия. Ее картина в этих случаях существенно не отличалась от наблюдаемой у взрослых. Также преобладает чувство безысходной тоски и печали. Лишь идеи самообвинения и самоуничтожения могут приобретать возрастную окраску («раньше зазнавался», «подвел товарищей», «измучил родителей своим ужасным поведением» и т. п.).

Депрессия со страхом и тревогой (тревно-депрессивный синдром)

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Страх и тревога являются наиболее частыми проявлениями депрессии при шизоаффективном психозе у подростков. Тоску могут не отмечать вовсе или она отходит на задний план. Угнетенное настроение самими больными понимается как следствие страха и тревоги.

Больше всего боятся смерти или расправы. Очень характерен страх за жизнь и благополучие матери и других близких. Подобное отношение к родным отличает больных шизоаффективным психозом от тех, кто страдает другими формами шизофрении, где чаще можно встретить негативное и даже агрессивное отношение к близким.

Фабулой для тревожных опасений могут стать нередкие в подростковом возрасте переживания: боязнь, что враждебные компании сверстников «подкараулят, нападут, избьют, изуродуют», или опасения, что «накажут», «схватят», «отправят» за прежде совершенные проступки. Страх и тревога могут казаться, беспричинными даже самому больному. Он не может понять, чего же он боится («витальный страх», «витальная тревога») или лишь смутно ощущает, как что-то ужасное должно случиться, вроде гибели всего человечества от ядерной войны или другой какой-то мировой катастрофы. Изредка встречается «страх страха» («все время боюсь, что страх снова вернется»). Страху сойти с ума содействуют ощущения затруднения мышления.

Страх и тревога ярко отражаются на всем поведении больного — на интонации голоса, мимике, жестах, позах. Двигательная

активность весьма различна — от суетливого беспокойства, желания все время куда-то пойти, поехать, непрерывного топтания на месте, невозможности спокойно усидеть до почти полной обездвиженности, оцепенения с застывшим выражением страха на лице. Чувства тревоги и страха могут внезапно усиливаться. Тогда больные мечутся, куда-то рвутся, заламывают себе руки, плачут, кричат, стонут (тревожный раптус).

Мышление не столько замедленно, как при типичной меланхолической депрессии, сколько затруднено. Переспрашивают вопросы, по многу раз твердят одно и то же. Очень часто жалуются на «пустоту в голове» (в противоположность наплыву мыслей при маниакальном состоянии). Это ощущение пустоты довольно постоянно, оно отличается от внезапных задержек мыслей («шперрунгов») при прогрессивной шизофрении.

Тревога и страх служат почвой, на которой легко возникает бред преследования, отношения и самообвинения. Характерным бывает заявление подростка, что на него «все смотрят». Взгляды других воспринимаются как осуждающие («посмотрят и отворачиваются», «презирают», «догадываются, что занимался онанизмом», и т. п.), или угрожающие («хотят расправиться», «подвести»). Исходными переживаниями для бреда нередко служат события в дни, предшествующие началу болезни. Если посмотрел детективный фильм, то он становится толчком для развития идей преследования; сообщение о приближающейся к земле комете — для опасения грядущей мировой катастрофы; почерпнутая где-то информация о распространении в Америке портативных подслушивающих устройств — для убеждения, что «все обо мне все время записывается».

Бред самообвинения и бред преследования, отношения, заражения могут тесно переплетаться друг с другом. Подросток считает, что из-за его поведения арестуют его мать или за то, что в компании он проиграл деньги и не отдал, расправятся с его родными, что от него заражаются прыщами и чирьями, что над ним смеются, потому что у него «глупость видна на лице». Полагает, что болен сифилисом и поэтому опасен для окружающих или что его должны посадить в тюрьму за то, что он когда-то попробовал какое-то дурманящее средство.

Бред инсценировки может встречаться и при депрессии, но также отражает переплетение идей преследования и самообвинения. Например, подросток считает других больных переодетыми агентами милиции, которые следят за ним и «должны подвести под арест» за допущенные им прежде нарушения. Другой убежден, что его считают «подонком», и поэтому вокруг искусственно создана «развращающая

обстановка» («позволяют курить в туалете..., ребята говорят о неприличных вещах»), чтобы его спровоцировать и он бы «выдал себя».

Могут возникать явления деперсонализации и дереализации («все, как неживое», «все будто омертвело», «я — как будто другой человек»). Слуховые галлюцинации бывают эпизодическими. Слышатся угрозы и упреки.

Суицидальное поведение также может отражать сочетание чувств вины и страха. Опасаясь, что его убьют, больной тем не менее сам может совершать серьезные суицидные действия или вручать свою жизнь случаю. Например, подросток намеренно шел по середине мостовой вдоль улицы с интенсивным движением транспорта, надеясь, что его задавят насмерть.

Сексуальное влечение обычно подавлено. Но несколько раз от подростков в состоянии тревожной депрессии приходилось слышать, что «онанизм на время успокаивает».

Суточные колебания настроения неотчетливы и могут вообще отсутствовать [Иовчук Н. М., 1977]. Иногда тревога нарастает к вечеру, иногда, наоборот, к концу дня больные чувствуют себя спокойнее. Сон беспокойный. Бывают отказы от пищи. Больные довольно быстро худеют.

Дифференциальный диагноз с другими депрессивными синдромами не представляет особых затруднений. Бред и галлюцинации при данном синдроме, если и возникают, то тесно связаны с аффективным фоном и обычно бывают эпизодическими. При параноидной депрессии бред и галлюцинации отличаются большой стойкостью, разнообразием, непосредственно из аффекта тревоги, страха или тоски могут не вытекать, а в клинической картине оказываются ведущими симптомами.

От острого полиморфного синдрома (см. стр. 127) в первые дни отличить бывает сложнее, так как при этом синдроме тревога и страх также могут быть ярко выражены, но они не постоянны, могут чередоваться то с апатией, то с экзальтацией и даже с эйфорией. Этому синдрому более свойственна аффективная лабильность. Кроме того, затрудняется способность понимать происходящее вокруг, может утрачиваться тонкая ориентировка, а бредовые высказывания и галлюцинации бывают не связаны с аффективным фоном; возможны псевдогаллюцинации, психические автоматизмы и даже отдельные гебефренические и кататонические симптомы.

**Параноидная депрессия
(депрессивно-параноидный**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

синдром)

На фоне угнетенного настроения и тревожного беспокойства ведущими в клинической картине становятся бредовые и галлюцинаторные расстройства. Мысли о собственной виновности, никчемности, ненужности отходят на задний план или вообще исчезают. Преобладают другие виды бреда.

Бред отношения не ограничивается, как при депрессии со страхом и тревогой, ощущением больного, что на него «все смотрят». Здесь говорят, что над ними смеются, о них перешептываются, делают им странные намеки, хотят на что-то спровоцировать, выслеживают, что-то замышляют.

Бред преследования чаще всего оказывается ведущим. Подросток убежден, что какая-то банда или таинственная организация злоумышляет против него. С ним хотят расправиться, искалечить, обезобразить лицо, ослепить, кастрировать, убить. Бред отравления строится с учетом соответствующей эпохе информации о вредных воздействиях («напоили радиоактивной водой», «подсыпают в пищу ядохимикаты без вкуса и запаха»). Они считают, что, давая им лекарства, ставят над ними опыты.

Бред воздействия не отличается от такового при параноидном синдроме (см. стр. 111). Так же часто идеи воздействия сочетаются с психическими автоматизмами. Можно услышать о приборах, которые крадут мысли у больного, создают «пустоту в голове» или читают его мысли, управляют его поведением, действуют на его настроение.

Характерна склонность к символическому толкованию слов, ищут в них особый смысл («сказали «печенье», значит, будут меня печь, пытать таким способом», «сказали «сделать укол», значит, воткнул в сердце кол»). В том, что говорится по радио и телевизору слышатся многозначительные намеки в свой адрес. Символически толкуют не только то, что слышат, но и видят («на скамейке в саду красная краска — это знак крови, убийства»; переплетение ветвей дерева за окном, напоминающее петлю, воспринимается как знак того, что хотят повесить).

Слуховые галлюцинации не ограничиваются только угрозами и упреками. Слышатся оклики по имени, голоса могут отдавать больному приказы или комментировать его поведение. Обонятельные галлюцинации бывают редко, но, если возникают, то, в отличие от параноидной шизофрении, больной четко характеризует ощущаемый запах. Подросток не затрудняется сказать, чем пахнет — газом, гнилью; мертвецом, кровью, спермой.

Поведение больного определяется не столько депрессией, сколько бредом и галлюцинациями. Однако подспудная

депрессия дает себя знать то вспышками тревожного беспокойства, то стенаниями и плачем, то суицидными высказываниями и даже внезапными серьезными суицидными попытками.

Дифференциальный диагноз необходим прежде всего с острым параноидным синдромом (см. стр. 118), при котором отсутствует устойчивый депрессивный фон, зато часто встречаются развернутый симптомокомплекс Кандинского—Клерамбо и стойкий вербальный галлюциноз.

Ипохондрическая депрессия (депрессивно-ипохондрический синдром)

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

В отличие от астеноипохондрического синдрома при неврозоподобных расстройствах (см. стр. 76), в данном случае на фоне тревожно-тоскливого настроения формируется ипохондрический бред. Больной заявляет, что у него гниют внутренности, что он заболел раком, у него лучевая болезнь, сифилис и т. п. Если при неврозоподобных расстройствах главным образом предъявляются жалобы на боли и неприятные ощущения в разных частях тела, то при ипохондрической депрессии высказывается непоколебимая уверенность в наличии у себя тяжелой и смертельно опасной болезни, а жалобы отходят на задний план. Здесь в первую очередь предъявляются «неоспоримые доказательства»: несколько волос на гребенке после того, как была расчесана голова, свидетельствуют о начавшемся облысении от лучевой болезни; пятно на половом члене — о сифилисе; похудание — о раке.

Ипохондрический бред может сочетаться с бредом преследования, особенно с обвинениями врачей в неправильном лечении, намерении нанести вред.

В отличие от ипохондрического бреда при параноидных расстройствах, при депрессивно-параноидном синдроме бред не отличается стойкостью, он тесно связан с депрессивной фазой. Когда исчезает депрессия, угасает и бред. Хотя критическое отношение к прежним бредовым высказываниям может долго не сформироваться, но актуальность подобных переживаний утрачивается и никакого нового бреда не продуцируется. Зато на высоте депрессии возможны острые приступы тревоги со страхом смерти от мнимой болезни.

Астенопатическая депрессия

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

При шизоаффективных психозах астенопатический тип встречается реже, чем депрессии со страхом и тревогой или

параноидная. Астенический компонент бывает выражен слабее, чем апатический.

На протяжении нескольких дней поведение подростка резко меняется. Недавно еще активный, живой и общительный, он превращается в вялого, унылого и бездеятельного домоседа. Ничем не занят, развлечений не ищет и довольствуется тем, что случайно окажется под рукой: пассивно глядит телевизор без разбора передач, листает первую попавшуюся в руки книгу. Теряется интерес к любым занятиям, даже к тем, которые раньше привлекали.

Учеба оказывается заброшенной, задания — не сделанными. На занятия бросают ходить либо пассивно сидят на уроках.

Отсутствуют положительные эмоции. Ничто не способно обрадовать. Неприятности еще более усиливают апатию и бездеятельность, а обвинения и укоры со стороны вызывают только раздражение и озлобление. Мышление несколько замедленно. Отвечают нехотя, с небольшой задержкой. Сами инициативы в беседе не проявляют.

Жалуются на разбитость, подавленность, скуку, хандру, уныние, потерю ко всему интереса. Замечают трудность сосредоточиться, побороть поток случайных мыслей. Тоски обычно не отмечают. Угнетенное настроение больше проявляется в поведении, интонации голоса, мимике, жестах, чем в жалобах.

Бреда и галлюцинаций при этой форме депрессии не встречается. Даже отчетливых идей самообвинения или самоуничтожения не высказывают. Но какая-то настроенность в этом отношении имеется. На упреки в лени и безделье реагируют раздражением. Но сами себя корят за несобранность, неудачи и безделье, хотя при расспросе все это могут отрицать. Если же обвинения со стороны становятся чрезмерными, особенно если подросток оказывается униженным перед сверстниками, то это может повести к попыткам самоубийства. Малоопределенные суицидные мысли, чаще о «нежелании жить», возникают довольно часто, но никаких действий обычно не предпринимается, если не допекают обвинениями со стороны.

Все подростковые поведенческие реакции угнетаются. Особенно подавляется реакция группирования со сверстниками. В компанию к ним не тянет, обычные интересы подростковых групп утрачивают былую привлекательность. Долгого общения не могут поддержать даже с близкими друзьями. Новых знакомств вообще не ищут. Хобби оказываются заброшенными. Каких-либо проявлений сексуального влечения видеть обычно не приходится. Иногда исключение составляет онанизм,

который во время депрессии может стать даже более интенсивным.

Аппетит заметно не снижается, но даже любимые блюда теперь не доставляют прежнего удовольствия. Жалоб на бессонницу, как правило, не бывает. Иногда много спят, но сон не освежает, не дает чувства бодрости.

Дифференциальный диагноз необходим с астеноанергическим неврозоподобным синдромом (эндогенной юношеской астенической несостоятельностью Глатцеля—Хубера) и апатоабулическим синдромом. Оба последних развиваются исподволь, астенопатическая депрессия разворачивается на протяжении нескольких дней. Остальные дифференциально-диагностические критерии даны в табл. 14 (см. стр. 144).

Делинквентный эквивалент депрессии

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Если подобное расстройство развивается впервые и ранее еще не было отчетливых депрессивных или маниакальных состояний, то оно, как правило, не диагностируется. Депрессия, как основа возникших нарушений поведения, окружающими не улавливается, да и сам подросток не предъявляет никаких депрессивных жалоб. О бывших ранее делинквентных эквивалентах узнают из анамнеза. Их распознают, когда они возникают на фоне интермиссий после перенесенных депрессивных или маниакальных фаз.

Связь некоторых случаев делинквентности у подростков с депрессией была замечена давно [Kaufman I., Heims L, 1958; Burks H., Harrison S., 1962; Toolan J., 1962, 1971]. Но приведенные описания, скорее, относились к затяжным реактивным депрессиям. Делинквентный эквивалент возможен также при эндогенных психозах [Личко А. Е., 1979]. Подобные картины нарушений впоследствии стали обозначать также психопатоподобным эквивалентом [Сосюкало О. Д. и др., 1983] или психопатоподобным вариантом депрессии [Ковалев В. В., 1985], мотивируя, что термин «делинквентный» является социальным, а не клиническим. Однако термин «психопатоподобный» неясен: какому типу психопатии эти нарушения подобны. Некоторым типам психопатий (сенситивной, психастенической) делинквентность совсем не свойственна. При эквиваленте депрессии она бывает транзиторной, и дифференциальный диагноз приходится проводить не с психопатиями, а с делинквентным поведением, не связанным с психическим расстройством.

Делинквентный эквивалент проявляется внезапно наступившими нарушениями поведения, ранее подростку не свойственными. Он становится угрюмым и озлобленным, его

мрачный вид сохраняется и в компании сверстников. Грубит старшим без всякого повода, особенно родным и учителям, непослушен, действует всем наперекор, причем понимая, что в ущерб себе. Занятия оказываются заброшенными. Подросток прогуливает, слоняется без дела и в конце-концов оказывается в асоциальной компании, но и там не находит успокоения. Возможно участие в правонарушениях, даже серьезных, с агрессией в отношении жертвы. Возникает интерес к алкоголю (но опьянение обычно не дает эйфории) или к иным дурмнящим средствам.

Несмотря на мрачный вид, подростки нередко категорически отрицают угнетенное настроение, наличие неприятностей, трудностей, мысли о собственной неполноценности, ненужности. Хотя в глубине души подобные думы таятся, но, выявляясь они в редких случаях либо случайно вырвавшимися фразами, либо бурной эмоциональной реакцией при установившемся доверительном контакте, но чаще только особенностями поведения. Подросток ведет себя так, как будто ищет наказания, лезет на рожон, чтобы быть избитым, и т. п. «Пусть накажут!», «Пусть уволят!», «Пусть изобьют!» — можно услышать в ответ на просьбу объяснить поступки.

В общении с врачом подростки бывают насторожены, неприветливы, переживаний не раскрывают. Больными себя не считают. Настроение характеризуют как «обычное». Впрочем, депрессия, как правило, не замечается и родными, которые все приписывают возрасту, упрямству, непослушанию, влиянию дурных компаний. Необычность делинквентности, скорее, замечается теми, кто часто имеет дело с трудными подростками — воспитателями, инспекторами по делам несовершеннолетних.

Делинквентный эквивалент чаще всего длится несколько недель. Затем подросток порывает с прежней компанией, возвращается к учебе, становится более покладистым. Иногда вслед за делинквентным эквивалентом депрессии следует гипоманиакальная фаза. Но в некоторых случаях делинквентные эквиваленты могут затягиваться в силу действия психогенных факторов. Среди них можно увидеть как бы два порочных круга. Затаенное представление о себе как о «плохом» толкает на проступки, а содеянное убеждает подростка, что он действительно плохой, гнетет угрозой предстоящих наказаний. Грубость, непослушание, озлобленность, агрессия отдаляют от близких, а это усиливает чувство одиночества, оторванности, неприкаянности, что, в свою очередь, еще более озлобляет. В таких затяжных случаях делинквентный эквивалент напоминает по своему генезу развитие эндореактивной депрессии [Weitbrecht H., 1947].

Дифференциальный диагноз облегчается, когда у данного

подростка уже наблюдались ранее отчетливые депрессивные или маниакальные состояния. Если же со внезапно возникшим делинквентным поведением сталкиваются впервые, то распознать за ними депрессивную основу бывает нелегко. Окончательное суждение приходится откладывать до появления более явных депрессий или маний. Можно заметить лишь, что, в отличие от делинквентного поведения, не связанного с психическим расстройством и обусловленного социально-психологическими факторами, при делинквентном эквиваленте депрессий на всех поступках лежит печать отчаяния. Никакого удовольствия и развлечения от походов они не получают. Агрессия и словом, и действием обращается и на близких, и на воспитателей, и особенно на благополучных сверстников и легко может смениться аутоагрессией с нанесением себе повреждений и суицидными попытками.

Смешанные состояния

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

В подростковом возрасте встречаются два рода смешанных состояний. При одних депрессии и мании чрезвычайно быстро сменяются, часто на протяжении одного дня. При другом — собственно смешанном состоянии — одновременно сочетаются некоторые симптомы депрессивных и маниакальных фаз.

Быстроменяющиеся состояния чаще всего про-, являются тем, что в утренние часы можно видеть депрессию, а к вечеру развивается маниакальное состояние [Иовчук Н. М., 1977]. Такие крутые перемены могут повторяться изо дня в день. Вероятно, подобные случаи имел в виду Н. Stutte (1960), описывая фазы, длящиеся по несколько часов. По нашим наблюдениям, столь резким изменениям состояния может способствовать лечение антидепрессантами, особенно мелипрамином. Быстроменяющиеся состояния встречаются как при шизоаффективном, так и при маниакально-депрессивном психозе.

Собственно смешанные состояния обычно проявляются депрессивными высказываниями (жалобы на тревогу, тоску, неодолимую скуку; суицидные мысли; идеи самообвинения и самоуничтожения или идеи преследования) на фоне поведения, более свойственного гипоманиакальному — активности, взвинченности, гневливости, стремления во все вступать, всех поучать и всеми командовать, которые в то же время могут сочетаться с крайней обидчивостью и слезливостью. Агрессивное отношение к окружающим может внезапно смениться аутоагрессией. Реже депрессивные высказывания можно услышать на фоне типичных «солнечных» маний. С веселым видом больной заявляет, что у него «на сердце кошки скребут», что он опасается, что «заразился сифилисом», что у него в голове то «полно мыслей», то «совершенная пустота».

Собственно смешанные состояния не характерны для

маниакально-депрессивного психоза у подростков. Их появление свидетельствует в пользу психоза шизоаффективного. Нами эти состояния отмечены у 12 % больных, причем ни разу ими не проявлялась первая фаза, все они возникали при последующих приступах.

**Онейроидные состояния на
высоте аффективных
расстройств**

**Шизофрения у
подростков**

Личко А.Е.

Онейроидные состояния со сновидными фантастическими переживаниями обычно возникают на фоне маниакальных состояний и довольно редко во время депрессий. По содержанию они не отличаются от подобных же при онейроидной кататонии (см. стр. 155). Господствует тематика, которая нередко увлекает и здоровых подростков: космические полеты и встречи с инопланетянами, таинственные организации, шпионские центры, школы для разведчиков, ожившие роботы и всемогущие компьютеры, преступные банды и группы террористов и т. п. Другой темой являются эротические фантазии (по образному выражению подростков, они смотрят «стриптиз»).

При депрессивных состояниях онейроидные фантазии могут приобретать устрашающий характер (опасные для жизни ситуации, катастрофы и стихийные бедствия, ядерная война и т. п.).

Во время онейроидных состояний двигательная активность обычно резко уменьшается. Больные подолгу сидят неподвижно с отрешенным видом или лежат с блаженным выражением на лице. Все происходящее вокруг либо вообще не замечается, либо причудливо включается в болезненные переживания. Контакт с больными бывает затруднен — молчат, не обращая внимания на обращение, или гонят от себя, чтобы «не мешали», но впоследствии или в периоды, когда онейроидные переживания затихают, охотно о них рассказывают.

Онейроидные состояния бывают тесно связаны с явлениями дереализации и бредом инсценировки, которые могут предшествовать онейроиду или следовать за ним.

Обычно онейроид развивается, на высоте маниакальных или депрессивных состояний. Однако с онейроида приступ может начинаться, когда он был спровоцирован некоторыми экзогенными факторами, в особенности перегреванием на солнце или черепно-мозговой травмой.

**Шизоаффективные психозы
(рекуррентная или периодическая
шизофрения, атипичный
аффективный психоз)**

**Шизофрения у
подростков**

Личко А.Е.

Вскоре после того, как Е. Краепелин (1893) разделил эндогенные

психозы на раннее слабоумие и маниакально-депрессивный психоз, было обнаружено, что существуют психические заболевания, занимающие между ними как бы промежуточное положение. В этих случаях наблюдались длительные аффективные состояния, весьма сходные с депрессиями и маниями, и светлые промежутки с полным или почти полным выздоровлением. Однако по мере повторения фаз в этих промежутках все более выступали изменения личности, присущие шизофрении: нарастающая бездеятельность и апатия, эмоциональное оскудение, замкнутость и даже нарушения мышления в виде резонерства, расплывчатости, витиеватости и т. п. Во время самих маниакальных и депрессивных фаз возникали симптомы, которые маниакально-депрессивному психозу не свойственны (бред воздействия, слуховые и обонятельные галлюцинации, явления психического автоматизма).

Подобные случаи стали обозначать как «третий психоз», «краевые психозы» [Kleist K., 1908], «смешанные психозы» [Gaup R., Mautz F., 1926], «циклоидные психозы» [Leonhard K., 1957] и другими названиями. Наиболее удачным и отражающим картину в течение болезни нам представляется термин, который предложил J. Kazanm (1933) — «шизоаффективные психозы».

На природу этих психозов существует несколько точек зрения. Наиболее распространено суждение, что они представляют собой один из вариантов течения шизофрении («периодическая шизофрения», «рекуррентная шизофрения», «циркулярная шизофрения» и т. п.). В отношении подросткового возраста подобная точка зрения в нашей стране развивалась Г. Е. Сухаревой (1937, 1974) и М. Ш. Вроно (1971, 1983).

Если же чередование фаз признавалось свойственным только маниакально-депрессивному психозу, то данное заболевание рассматривалось как атипичный аффективный психоз. В отношении подросткового возраста такое понимание этих психозов в нашей стране было выдвинуто С. С. Мнухиным (1940).

Было также высказано предположение, что подобные психозы представляют собой особую форму психических расстройств, отличную и от шизофрении, и от маниакально-депрессивного психоза. По нашему мнению, такое выделение шизоаффективных психозов в особую нозологическую форму практически оправдано, так как эти психозы требуют отличного от других форм шизофрении лечения, а прогноз при них значительно хуже, чем при маниакально-депрессивном психозе [Личко А. Е., 1979, 1985].

Наконец, существует представление, что шизоаффективные психозы представляют сборную группу. Среди них есть и случаи шизофрении с фазным течением (циркулярная шизофрения), и

атипичные случаи маниакально-депрессивного психоза (атипичный аффективный психоз), и еще особое самостоятельное психическое расстройство. Примером может послужить систематика К. Leonhard (1957): фазные психозы, циклоидные психозы, несистематизированная шизофрения. К циклоидным психозам отнесены случаи, когда каждая фаза заканчивается хорошей ремиссией; к несистематизированной шизофрении — ухудшение качества ремиссии от приступа к приступу [Leonhard K., 1983]. G. Hoffman (1983) выделил истинные шизоаффективные психозы, атипичный маниакально-депрессивный психоз и шизофрению с нарушениями настроения.

В американской классификации психических расстройств DSM-III (1980) диагностические рамки шизоаффективного расстройства ограничены и довольно неопределенны. Этим понятием рекомендуется пользоваться, когда трудно провести дифференциальный диагноз между аффективным и шизофреноформным расстройствами и шизофренией.

Если признавать шизоаффективный психоз самостоятельной формой, то ее рамки должны быть строго ограничены циркулярными расстройствами с атипичными маниакальными и депрессивными состояниями. Периодические психозы, где картина приступов состоит из синдромов нарушения сознания (например, онейроидная кататония), отличны от этих психозов.

Эпидемиологические данные в отношении подростковой популяции довольно скудны. По данным М. Ш. Вроно (1971), на рекуррентную шизофрению приходится 15 % всех случаев шизофрении у подростков. По нашим данным, у подростков мужского пола шизоаффективный психоз встречается в 3 раза реже, чем все другие формы шизофрении, вместе взятые, т. е. на него падает около 25 %. Известно, что девочки заболевают чаще, чем мальчики [Вроно М. Ш., 1971; Шмаонова Л. М. и др., 1980]. Наши данные получены в более поздние годы, чем М. Ш. Вроно, и, возможно, это подтверждает высказанное нами предположение [Личко А. Е., 1985], что в последние годы частота шизоаффективных психозов у подростков возросла.

Клиническая картина проявляется атипичными маниакальными и депрессивными состояниями, реже встречаются смешанные состояния.

Первой фазой чаще бывает депрессивная, чем маниакальная. Среди 100 подростков мужского пола, у которых был диагностирован и катамнестически подтвержден шизоаффективный психоз, в 71 % первая фаза была депрессивная, а в 29 % — маниакальная. Смешанные состояния встречались только во время повторных фаз. В 27 % из анамнеза

стало известно о коротких периодах «подъема» или «спада» настроения в прошлом, длившихся по нескольку дней, но не достигавших болезненного уровня.

Среди маниакальных состояний в младшем подростковом возрасте наиболее характерна гневная мания, а в старшем — параноидная. Типичная «солнечная» мания отмечена лишь у 10 % больных, мания с дурашливостью, напоминающая гебефрению, — в 6 %, спутанная мания — у 4 % больных. Онейроидный синдром на высоте маниакальных состояний развился у 11 % больных.

Среди депрессивных состояний как в первой, так и в последующих фазах чаще всего встречались депрессия со страхом и тревогой (отмечена у 41 % больных) и параноидная депрессия (32 %). Апатическая депрессия отмечена у 22 % больных, чаще во время первых фаз. Ипохондрические переживания ранее были отмечены как особенно присущие подростковому возрасту [Личко А. Е., Озерцовский С. Д., 1980]. Однако они обычно были включены в виде отдельных жалоб на фоне различных типов депрессии. Только у 9 % больных развились депрессии, где ипохондрические переживания были главенствующими. Типичная тоскливая (меланхолическая) депрессия, характерная для маниакально-депрессивного психоза, была констатирована лишь у 7 % больных. Онейроидный синдром на высоте депрессий возник только у 2 %. Смешанные состояния наблюдались у 12 %.

Лонгитудинальное наблюдение (5—15 лет в наших исследованиях) показало, что для шизоаффективного психоза, начавшегося в подростковом возрасте, свойственно биполярное течение (89 % больных). Только депрессивные фазы наблюдались у 9 %, только маниакальные — у 2 %.

Преморбидные особенности подростков, заболевших шизоаффективным психозом, указывают, по данным катамнеза, на большую, чем в общей популяции [Иванов Н. Я., 1985], частоту как гипертимного (24 %), так и шизоидного, и сенситивного (14 и 9 % соответственно) типов. В 34 % черты какого-либо типа акцентуации характера на основании анамнеза установить не удается. У взрослых больных шизоаффективным психозом также обнаружено преобладание гипертимов и стеничных, и сенситивных шизоидов [Цуцельковская М. Я., 1968].

^ Каждая фаза обычно начинается остро — развертывается на протяжении нескольких дней, а при маниакальных состояниях — иногда даже в течение нескольких часов. Однако до этого у $\frac{2}{3}$ больных на протяжении 1—2 нед наблюдались колебания настроения — наступали короткие субдепрессивные состояния

[Личко А. Е., Озерецковский С. Д., 1980].

Продолжительность фаз различна — от нескольких дней до нескольких месяцев. Повторные приступы могут быть двухфазными и даже многофазными. При шизоаффективном психозе отсутствует свойственная маниакально-депрессивному психозу закономерность: чем моложе возраст, тем короче фазы. Интермиссии также весьма разнятся по длительности: от нескольких дней до многих месяцев и даже лет.

Нами были описаны два типа течения шизоаффективных психозов у подростков [Личко А. Е., 1979, 1985]. Один тип не отличается от его течения у взрослых, другой присущ именно подростковому возрасту.

«Взрослый» тип течения характеризуется тем, что первые 2—3 фазы обычно заканчиваются полным выздоровлением (интермиссии). Все прежние болезненные переживания оцениваются критически. Но при последующих приступах интермиссии сменяются неполными ремиссиями, чаще всего по апатическому типу (см. стр. 146). Раз ют разу все более нарастают снижение активности, утрата прежних интересов, склонность к безделью, предпочтение простых, не требующих энергии и собранности занятий. Подростки становятся все более необщительными и замкнутыми. Теряется прежняя эмоциональная живость. Таким образом, постепенно все более обрисовываются явления апатоабулического дефекта.

В других случаях во время частичных ремиссий возникают нарушения поведения, свойственные психопатии гипертимно-неустойчивого или гипертимно-эксплозивного типа [Личко А. Е., 1983] — тимопатический тип ремиссии (см. стр. 106).

Пубертатный тип течения отличен тем, что в подростковом возрасте один за другим следуют несколько приступов шизоаффективного психоза. Иногда одна фаза сразу же переходит в другую. Такие сдвоенные фазы особенно часты у девочек [Данилова Л. Ю., 1986]. Интермиссии бывают хорошими, но непродолжительными.

По завершении периода полового созревания серия приступов внезапно обрывается. Ремиссия сначала может быть частичной с отдельными апатоабулическими или тимопатическими нарушениями, но со временем она становится полной. Длительные катамнезы — до 15 лет — свидетельствуют об отсутствии рецидивов.

Этот тип встречается редко — всего в 14 %, но составляет половину всех благоприятных исходов при шизоаффективном

психозе.

Исход и прогноз весьма различны. По данным наших отдаленных катамнезов, в 29 % после 2—3, реже после большего числа, приступов наступает практическое выздоровление — стойкая многолетняя интермиссия. У взрослых, по данным J. Angst (1980), выздоравливают также 27 %.

В 41 % течение соответствует описанному выше «взрослому» типу, из них в 34 % постепенно формируется дефект апатоабулического, а в 7 % — тимопатического типа. Еще в 30 % после 3—4 приступов болезнь трансформируется в прогрессиентную шизофрению с непрерывным течением, чаще в простую или параноидную форму, реже в кататоно-гебефреническую.

Инвалидность у взрослых устанавливается в 38 %, в том числе I группа в 1 %, II группа — в 2 %, III группа — в 16 % [Жариков Н. М., 1972].

Прогностическое значение частоты приступов весьма относительно. Серия частых фаз может закончиться практическим выздоровлением и, наоборот, после 2—3 редких приступов может сформироваться выраженный дефект. Существует мнение, что начало болезни с маниакальных фаз прогностически неблагоприятно [Наджаров Р. А., Смуглевич А. Б., 1983]. Наши данные не подтверждают этого. Хорошие стойкие ремиссии наступили в 30 %, когда первой была депрессивная фаза, и в 24 %, когда первой была фаза маниакальная. Зато трансформация в непрерывно-прогрессиентную (параноидную, простую) шизофрению произошла, когда заболевание началось с депрессивной фазы в 39 %, с маниакальной — в 18 %.

Важнее для прогноза картина фаз. Чем больше сходства с маниакально-депрессивным психозом, тем лучше прогноз. Наоборот, бред воздействия, слуховые галлюцинации, психические автоматизмы прогноз ухудшают, хотя данная фаза может закончиться хорошей ремиссией.

Дифференциальный диагноз приходится проводить прежде всего с маниакально-депрессивным психозом. Лишь в 17 % заболевание манифестирует с типичной депрессии или типичной мании [Озерцовский С. Д., 1979] и первая фаза неотличима от маниакально-депрессивного психоза. Если учесть, что, по нашим данным, маниакально-депрессивный психоз в подростковом возрасте начинается в 5 раз реже, чем шизоаффективный, то при первой фазе в виде типичной меланхолической депрессии или типичной «солнечной» мании вероятность обоих заболеваний приблизительно одинакова.

Поэтому окончательный диагноз приходится откладывать до следующих фаз.

Если во время маниакальных состояний выражены дурашливость, манерничанье, кажущийся нелепым смех, то возникает мысль о гебефренокататоническом синдроме: Дифференциально-диагностические признаки приводятся при описании этого синдрома (см. стр. 151).

Депрессия может сопровождать параноидный синдром при прогрессирующей шизофрении. Продолжительное наблюдение позволяет заметить, что спад депрессивного аффекта в этих случаях обнаруживает относительную независимость продуктивной симптоматики от депрессивного фона. Депрессия проходит, а бред и галлюцинации остаются.

Спутанная мания, растерянность на фоне депрессии со страхом и тревогой, выраженный онейроидный синдром требует дифференциации со сходными картинами при острых инфекционных и интоксикационных психозах. Диагностика особенно затруднена, если развитию психотического состояния предшествовали лихорадочное заболевание, прием большой дозы алкоголя, перегревание на солнце или другие экзогенные вредности, которые могли сыграть роль провокатора эндогенной фазы. Относительное диагностическое значение имеет отмеченная Г. Е. Сухаревой (1955, 1974) динамика: экзогенные психозы начинаются с нарушений сознания; при шизоаффективном психозе онейроид, спутанность, растерянность обычно развиваются на высоте аффективных расстройств.

Тимопатический тип ремиссии

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Данный тип ремиссий характерен именно для шизоаффективного психоза. Его называют также циклотимоподобным. У взрослых этот тип преобладает [Жариков Н. М., 1962], у подростков встречается реже, чем интермиссии с хорошей социальной адаптацией.

Ведущим симптомом являются беспричинные колебания настроения, не достигающие психотического уровня. Периоды «подъема» и «спада» продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и даже недель.

В период подъема выступают гипертимные черты: повышенное настроение, безудержная активность, неразборчивая общительность, стремление к деятельности, поиск новизны. Подростков тянет к незнакомым компаниям, проявляется склонность к алкоголизации и веселому времяпрепровождению, но к усидчивым занятиям и систематическому труду

оказываются неспособны. Часто растормаживается половое влечение, легко возникают случайные сексуальные связи.

Периоды спада напоминают легкую степень апатической депрессии. Иногда же на фоне некоторого снижения настроения появляются раздражительность, вспыльчивость, непослушание. Может возникнуть склонность заглушать дурное настроение алкоголем или иными дурманящими средствами.

Тимопатический тип ремиссии чаще встречается, когда в преморбиде наблюдалась склонность к колебаниям настроения.

**Глава 5. Паранойяльные и
параноидные расстройства.
Определение и систематика.**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Паранойяльные расстройства при шизофрении принято ограничивать так называемым примордиальным [Griesinger W., 1867] или первичным [Jaspers K., 1923] бредом, не связанным ни с галлюцинациями, ни с аффективными расстройствами, ни с какими-либо другими психотическими симптомами. Галлюцинации и психические автоматизмы вообще отсутствуют. Бред является плодом неправильного искаженного толкования событий и собственных переживаний (интерпретативный бред) и, как правило, бывает монотематическим. Реже центральная бредовая идея обрастает связанными с ней дополнительными: например, бред изобретательства — бредом отношения и преследования.

У подростков паранойяльные расстройства встречаются редко только в виде паранойяльных дебютов прогрессивной параноидной шизофрении. Подобные дебюты составляют лишь 1—2 % [Личко А. Е., 1985]. Вялотекущей паранойяльной шизофрении у подростков нам встречать не приходилось. Возможно, это связано с тем, что паранойяльность как черта характера выявляется только в период полной социальной зрелости — в 30—40 лет. Паранойяльные психопатии и акцентуации характера у подростков также практически не встречаются [Личко А. Е., 1977, 1983].

Высказывались суждения, что дисморфофобические расстройства, метафизическая интоксикация и даже нервная анорексия являются как бы подростковыми эквивалентами паранойяльных расстройств [Сухарева Г. Е., 1955, 1974]. Однако они возникают на фоне иной акцентуации характера — чаще сенситивной при дисморфоманиях; шизоидной и психастенической — при метафизической интоксикации. Для них не свойственны паранойяльная стеничность и активная борьба за свои идеи. У взрослых паранойяльная шизофрения с бредом изобретательства, реформаторства или ревности рассматривается как особый вариант параноидной шизофрении

[Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983], но в адаптированном варианте Международной классификации болезней (9-й пересмотр) паранойяльная шизофрения включена как подвид шизофрении вялотекущей (малопрогредиентной).

В американской психиатрической систематике DSM-III (1980) паранойяльные расстройства («паранойя») вынесены за пределы шизофрении. Диагностическими критериями служат устойчивый бред преследования или ревности, отсутствие нарушений мышления и галлюцинаций и др.

Параноидные расстройства объединяют бред, обычно политематический, галлюцинации и психические автоматизмы.

Преимущественно у подростков встречается бред дисморфоманический и бред чужих родителей [Сухарева Г. Е., 1937; Коркина М. В., 1984]. Чаще, чем у взрослых, бывает бред инсценировки.

Параноидные расстройства при подростковой шизофрении могут развиваться остро — на протяжении нескольких дней, 1 — 2 нед. Они могут также следовать за неврозоподобными и психопатоподобными дебютами или сменять острый полиморфный синдром (см. стр. 127). Значительно реже, чем у взрослых, параноидным расстройствам предшествуют паранойяльные.

Ведущими в клинической картине могут быть бредовые идеи и галлюцинации — тогда говорят о параноидном или галлюцинаторно-параноидном синдроме или в зависимости от преобладания того или другого различают бредовой и галлюцинаторный варианты [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983]. Однако бред и галлюцинации в качестве эпизодических феноменов или отдельных симптомов могут встречаться при различных синдромах — от острого полиморфного до психопатоподобных.

Синдром Кандинского — Клерамбо, — сочетающий психические автоматизмы, псевдогаллюцинации и бред воздействия, является одной из разновидностей параноидных расстройств при шизофрении. В развернутом виде этот симптомокомплекс чаще встречается в старшем подростковом возрасте.

Парафренические расстройства в классической хронической форме для подросткового возраста не характерны. Острый парафренный синдром также встречается редко. Разнообразные галлюцинации, эмоционально насыщенный бред, порой противоположного содержания, от идей величия до самообвинения, психические автоматизмы обычно сочетаются с выраженным бредовым фантазированием на темы контактов с

инопланетянами, мировых катастроф, таинственных разведок и т. п.

В адаптированном для нашей страны варианте МКБ (9-й пересмотр) параноидный тип шизофрении подразделяется на неблагоприятный вариант, типичный вариант и вариант с приступообразно-прогредиентным течением. В американской систематике DSM-III (1980) также имеется параноидный тип шизофренического расстройства, при котором бред величия, преследования или ревности всегда сочетается с галлюцинациями или бывает нелепым или сопровождается бессвязностью, потерей нити ассоциаций. Но если психотический приступ длится менее 6 мес, то подобные же параноидные расстройства квалифицируются как «шизофреноформные».

Предлагаемая далее систематика параноидных и паранойяльных расстройств в подростковом возрасте в основном повторяет систематику для взрослых.

По клинической картине могут быть выделены:

1. Паранойяльный синдром.
2. Параноидный синдром, включающий варианты:
 - а) галлюцинаторно-параноидный синдром — с ярко выраженными галлюцинациями;
 - б) синдром Кандинского — Клерамбо — с выраженными психическими автоматизмами;
 - в) бредовой — с политематическим бредом.
3. Синдром бредового фантазирования.

В зависимости от формы и стадии заболевания следует различать:

1. Паранойяльный дебют прогредиентной шизофрении.
2. Параноидную форму прогредиентной шизофрении.
3. Острый параноидный синдром при приступообразно-прогредиентной шизофрении.
4. Параноидный тип неполной ремиссии.
5. Параноидный тип дефекта.

Основные синдромы паранойяльных [Шизофрения у](#)

**и параноидных расстройств.
Паранойяльный синдром в дебюте
прогредиентной шизофрении.**

подростков
Личко А.Е.

Бредовая система формируется постепенно, бывает даже трудно определить, когда началось заболевание. Нередко болезненные переживания подростки долго утаивают про себя. Лишь когда бредовые высказывания появляются, близкие задним числом понимают, что поведение уже давно изменилось: подросток стал каким-то напряженным, недоверчивым, подозрительным., настороженным и вместе с тем высокомерным, с холодным презрением относящимся к окружающим. Иногда в какой-то степени это поведение является усилением преморбидных черт. Данный синдром чаще развивается на фоне эпилептоидной или шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера [Личко А. Е., 1983]. С детства такие подростки были недоброжелательными и подозрительными, склонными к переоценке своей персоны и с пренебрежением относились к интересам других, заботились только о себе, своих делах, своих вещах. В собственных неудачах и проступках винили других, например, обвиняли учителей в намеренном занижении им оценок.

Источком бредовых построений могут быть прежние увлечения: бред изобретательства — для того, кто участвовал в работе кружка юного техника, любил возиться с радиоаппаратурой; бред преследования — для тех, кто увлекался детективными фильмами и литературой этого сорта. Толчком могут стать также психические травмы: смерть кого-либо из близких от тяжелой болезни — для бредовой убежденности наличия у себя неизлечимого страдания; провал на конкурсе в престижное учебное заведение — для бреда реформаторства и т. п.

При паранойяльном синдроме, как известно, отсутствуют галлюцинации и психические автоматизмы, а бред бывает монотематическим. Для подросткового возраста присуща следующая тематика паранойяльного бреда.

Детективный паранойяльный бред проявляется тем, что подросток «открывает» преступную деятельность или связь с иностранными разведками кого-либо из близких, знакомых или, целой группы лиц, которая постепенно все расширяется. Подросток начинает следить за подозреваемыми, желая предупредить якобы готовящиеся террористические акты, диверсии или другие опасные действия. В то же время он сам все более страшится расправы над собой, принимает защитные меры, готов напасть первым. Бредовые переживания долго держатся в тайне от всех. Иногда они становятся явными только, когда сам подросток обращается со своими «разоблачениями» к властям.

Научно-фантастический бред и бред изобретательства

произрастают из увлечения распространившейся в последние десятилетия фантастической литературой и подобными же фильмами. Чаще всего «изобретаются» способы связи с инопланетянами или новые сверхмощные виды оружия или, наоборот, способы защиты от радиоактивности и действия лазерных лучей. Свои «открытия» долго держат в секрете, боясь, что ими воспользуются другие. *Бред реформаторства* бывает сходен с одним из синдромов при вялотекущей шизофрении — с метафизической интоксикацией, поэтому последнюю иногда также рассматривают как паранойяльный бред [Смулевич А. Б., Щирин М. Г., 1972]. Однако при бреде реформаторства подростки проявляют большую активность. Они обращаются с заявлениями к властям, пишут и распространяют воззвания. В исключительных случаях, чтобы обратить всеобщее внимание на свои «идеи», могут публично совершать смертельно опасные действия. Сами же идеи реформаторства отличаются наивностью и односторонностью в отношении предлагаемых мер совершенствования общественного устройства или искоренения недостатков. Обычно обнаруживается склонность к крутым мерам (например, поселить в специальных лагерях всех употребляющих алкоголь) или жестоким способам пресечения зла (например, тяжелые телесные наказания за воровство или взяточничество, кастрирование за сексуальные преступления и т. п.). У подростков довольно часто идеи реформаторства охватывают систему образования.

Все три перечисленных вида бреда — детективный, фантастический и реформаторский — объединяют две особенности. Во-первых, за всеми бредовыми построениями подразумевается исключительность собственной личности, которой молчаливо отводится роль смелого изобличителя, выдающегося реформатора, гениального изобретателя и т. п., сквозит жажда признания и достойной награды. Явного бреда величия не высказывается. Наоборот, когда прямо спрашивают о соответствующих притязаниях, могут гордо их отвергать. Но манера вести себя, осанка, пренебрежительное отношение к другим, особенно к сверстникам и тем взрослым, кто в их глазах невысоко поднялся по социальной лестнице, свидетельствуют о противоположном.

Во-вторых, к основному бреду постепенно начинают присоединяться идеи преследования: опасаются мести, расправы, кражи идей, наказания «за правду» и т. п.

Бред неизлечимой болезни отличается от ипохондрического синдрома при вялотекущей шизофрении отсутствием астении и тем, что предъявляются не субъективные жалобы на боли, неприятные ощущения, а прямые доказательства, «объективные признаки», несомненно, свидетельствующие о тяжелой болезни (рак, сифилис, поражение сердца и лучевая болезнь фигурируют

чаще всего). Похудание, изменившийся цвет лица якобы, несомненно, говорят о раке; пятна на коже — о сифилисе; хрупкость волос — о лучевой болезни.

Подобный бред ставят иногда особняком от других форм паранойяльного бреда. Однако своеобразная переоценка собственной личности и некая общая с идеями преследования подоплека здесь также присутствуют. К своей мнимой болезни требуют особого, отличающегося от всех других больных внимания со стороны врачей и персонала. Довольно рано и все более явно начинает проявляться недовольство лечением и врачами, которые обвиняются в злом пренебрежении, халатности, а то и прямо в злоумышленном намерении причинить неправильным лечением непоправимый вред.

Дифференциальный диагноз может представлять известные трудности у взрослых из-за сходства с декомпенсацией паранойяльной психопатии, с паранойяльным развитием личности. Но в подростковом возрасте эти формы нарушений практически не встречаются. Как указывалось, паранойяльная психопатия формируется, а паранойяльное развитие начинается обычно в возрасте 30—40 лет.

Паранойяльные дебюты от нескольких месяцев до 1—2 лет трансформируются в параноидный синдром.

Параноидный синдром

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Развивается чаще всего подостро — на протяжении ряда дней и недель. Может сменять острый полиморфный синдром (см. стр. 127) или следовать за неврозоподобными, реже за психопатоподобными расстройствами и еще реже — за паранойяльным дебютом.

Острый параноидный синдром длится неделями, 2—3 мес; хронический удерживается в течение многих месяцев и даже лет.

Параноидный синдром складывается из политематического бреда, который может сопровождаться галлюцинациями и психическими автоматизмами.

В зависимости от клинической картины можно выделить следующие варианты параноидного синдрома.

Галлюцинаторно-параноидный синдром отличается тем, что ярко выражены слуховые галлюцинации, к которым иногда добавляются также обонятельные. Среди слуховых галлюцинаций наиболее характерны оклики по имени, императивные голоса, которые отдают больному различные приказы, например, отказываться от еды, совершить суицид,

проявить агрессию по отношению к кому-либо, а также голоса, которые комментируют поведение больного. Иногда в галлюцинаторных переживаниях отражается амбивалентность. Например, чей-то голос то заставляет заниматься онанизмом, то бранит за это.

Обонятельные галлюцинации обычно бывают крайне неприятными для больного — ощущается запах трупа, газа, крови, спермы и т. п. Нередко больной затрудняется сказать, чем пахнет, или дает запахам необычные обозначения («сине-зеленые запахи»).

Помимо явных галлюцинаций, подросткам особенно свойственно также «бредовое восприятие» [Jaspers K., 1923]. Больной «чувствует», что кто-то рядом спрятался в квартире, хотя никого не видел и не слышал, «ощущает» на своей спине пристальные взгляды других. По каким-то непонятным или неопишуемым признакам кажется, что пища отравлена или заражена, хотя ни по вкусу, ни по запаху как будто нет никаких изменений. Увидев на экране телевизора известную актрису, подросток «обнаруживает», что похож на нее, и, следовательно, она его настоящая мать.

Бред при галлюцинаторно-параноидном синдроме может быть как тесно связан с галлюцинациями, так и не вытекать из галлюцинаторных переживаний. В первом случае, например, когда слышатся голоса с угрозами расправиться, то рождается мысль о таинственной организации, банде, которая преследует больного. Во втором случае бредовые идеи как бы рождаются сами по себе: подросток убежден, что над ним смеются, хотя явных насмешек не замечал, а просто любая улыбка на лицах других воспринимается как намек на какой-то собственный недостаток. Среди разных видов бреда особенно характерен бред воздействия.

Психические автоматизмы при данном синдроме встречаются как мимолетные феномены. Более стойкими могут быть слуховые псевдогаллюцинации: голоса слышатся не откуда-нибудь со стороны, а внутри своей головы.

Синдром Кандинского — Клерамбо [Кандинский В. Х., 1880; Clerambault G., 1920], так же как у взрослых, характеризуется псевдогаллюцинациями, чувством овладения или открытости мыслей и бредом воздействия [Снежневский А. В., 1983]. У подростков младшего и среднего возраста встречаются также зрительные псевдогаллюцинации: внутри головы видятся различные геометрические фигуры, сетка и т. п. Для старшего подросткового возраста более характерны слуховые псевдогаллюцинации.

Среди психических автоматизмов наиболее часто возникают «провалы» в мыслях, ощущения моментов пустоты в голове, реже—непроизвольные наплывы мыслей (ментизм). Появляется ощущение звучания мыслей в голове. Кажется, что собственные мысли слышат или как-то узнают окружающие (симптом открытости мыслей). Иногда, наоборот, подросток чувствует, что он сам стал способен читать мысли других, предугадывать их действия и поступки. Может появиться ощущение, что поведением подростка кто-то управляет со стороны, например, с помощью радиоволн заставляет совершать те или иные действия, движет руками больного, побуждает произносить определенные слова — речедвигательные галлюцинации J. Seglas (1888).

Среди разных форм бреда при синдроме Кандинского — Клерамбо наиболее тесно с ним связаны бред воздействия и бред метаморфозы.

Бредовой вариант параноидного синдрома отличается разнообразным политематическим бредом, но галлюцинации и психические автоматизмы либо вообще отсутствуют, либо возникают эпизодически.

Бредовым идеям в подростковом возрасте присущи следующие особенности.

Бред отношения встречается чаще других. Подросток считает, что все на него по-особому смотрят, усмеваются, перешёптываются между собой. Причина такого отношения чаще всего видится в дефектах своей внешности — уродливой фигуре, маленьком в сравнении со сверстниками росте. Подросток уверен, что по его глазам догадываются, что он занимался онанизмом, или подозревают в каких-то неблагоприятных поступках. Идеи отношения обостряются в окружении малознакомых сверстников, среди глазющей по сторонам публики, в вагонах транспорта.

Бред преследования часто связан с информацией, почерпнутой из детективных фильмов. Подростка преследуют особые организации, иностранные разведки, шайки террористов и валютчиков, разбойничьи банды, мафия. Всюду видятся подосланные агенты, следящие за ним и готовящие расправу.

Бред воздействия также чутко отражает веяния времени. Если раньше речь чаще шла о гипнозе, то теперь — о телепатической передаче мыслей и приказов на расстоянии, о действии невидимых лазерных лучей, радиоактивности и т. п. С идеями воздействия могут быть связаны и психические автоматизмы («из головы крадут мысли», «в голову вкладывают приказы») и нелепый ипохондрический бред («испортили кровь»,

«подействовали на половые органы» и т. п.).

Бред чужих родителей был описан как свойственный именно подростковому возрасту [Сухарева Г. Е., 1937]. Больной «открывает», что его родители — неродные, что он случайно в раннем детстве оказался у них («перепутали в родильном доме»), что они это чувствуют и поэтому к нему плохо относятся, хотят избавиться, заточили в психиатрическую больницу. Настоящие же родители нередко занимают высокое положение.

Дисморфоманический бред отличается от дисморфоманий при вялотекущей неврозоподобной шизофрении тем, что воображаемые уродства приписываются чьему-то злomu влиянию или получают иное бредовое толкование (дурная наследственность, неправильное воспитание, родители не заботились о правильном физическом развитии и т. п.).

Бред заражения у подростков нередко бывает спаян с враждебным отношением к матери, которую обвиняют в нечистоплотности, разнесении заразы. Особенно часто встречаются мысли о заражении венерическими болезнями, притом у подростков, не имевших половые сношения.

Ипохондрический бред в подростковом возрасте часто касается двух областей тела — сердца и гениталий.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с реактивными параноидами, если параноидный синдром возник вслед за психической травмой. В настоящее время реактивные параноиды у подростков встречаются довольно редко. С ними можно столкнуться в ситуации судебно-психиатрической экспертизы [Наталевич Э. С. и др., 1976], а также как со следствием перенесенной реальной опасности для жизни и благополучия подростка и его близких (нападения бандитов, катастрофы и т. п.). Картина реактивного параноида обычно ограничивается бредом преследования и отношения. Галлюцинаторные (чаще иллюзорные) переживания возникают эпизодически и по содержанию всегда тесно связаны с бредом. Развитию реактивных параноидов у подростков может способствовать обстановка постоянной опасности, крайнего душевного напряжения, особенно если они сочетаются с недосыпанием, как это имело место во временно оккупированных фашистами районах во время Великой Отечественной войны [Сканави Е. Е., 1962].

Но психическая травма может быть и провокатором для начала шизофрении. Провоцирующая роль психической травмы становится очевидной, когда параноидный синдром затягивается надолго после того, как психотравмирующая ситуация миновала, а также если к бреду преследования и

отношения присоединяются другие виды бреда, которые никак не вытекают из переживаний, вызванных психической травмой, и, наконец, если галлюцинации начинают занимать все большее место в клинической картине и появляются хотя бы мимолетные симптомы психических автоматизмов.

Затяжные реактивные параноиды подростковому возрасту не свойственны.

Синдром бредоподобного фантазирования

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

У взрослых синдром бредоподобных фантазий был описан как одно из проявлений тяжелой истерии [Siefert S., 1907; Birnbaum K., 1908]. Однако явная нелепость и неправдоподобность фантазий должна настораживать в отношении истероидного синдрома при шизофрении.

Бредоподобные фантазии при шизофрении характерны для подростков младшего возраста [Мамцева В. Н., 1958], но на фоне психического инфантилизма могут встречаться и у старших. Фантазии носят аутистический характер — фантазируют про себя и для себя. Содержание фантазий долго могут скрывать, неохотно ими делятся, особенно с родными.

Три основные темы переплетаются в этих фантазиях: власть над другими, садизм и сексуальность. В фантазиях о власти нередко фигурирует воображаемое государство, во главе которого стоит сам подросток или организация, банда, шайка, которой он безраздельно руководит. Большое место в фантазиях могут занимать садистские сцены пыток, изощренных истязаний, жестоких наказаний, убийств мнимых врагов и действительных обидчиков. Воображая все это, они способны испытывать сексуальное возбуждение, онанировать.

Иногда подростки свои фантазии изображают в виде рисунков, которые хранят в тайнике и не любят показывать другим. Постепенно фантазии приобретают все более стереотипный характер. Тогда на рисунках много раз повторяется одно и то же. В других случаях вместо рисунков ведутся таинственные записи придуманными кодами и шифрами, значение которых не раскрывают. Один из подростков признался, что особыми знаками он шифровал воображаемые различные способы сексуальных контактов, с помощью которых добивался оргазма.

Во время фантазирования подростки способны как бы отключаться от окружающего, «где-то витают», недовольны, когда к ним обращаются и их отвлекают. Однако ориентировка в окружающем не утрачивается, они всегда способны вступить в контакт с другими. Свои фантазии они сами называют «мечтами», четко отделяют их от реальности, происходящего

вокруг в них не вплетают — этим бредоподобные фантазии отличаются от бреда и от онейроидных состояний. Однако по мере развития заболевания четкая грань между реальностью и фантазиями может утрачиваться, прежние выдумки начинают приобретать бредовую убежденность — на основе фантазий формируется бред.

Для усиления фантазирования, для придания большей красочности выдумкам больные прибегают ко вдыханию дурманных веществ (пятновыводители, бензин, некоторые сорта клея и др.). В отличие от подростковых токсикоманий, где подобные ингаляции обычно начинаются в компании приятелей, в данных случаях иногда с самого начала используют эти дурманные средства в одиночку, тайком, уединяясь в укромных местах.

Дифференциальный диагноз проводится с патологическим фантазированием при истероидной и шизоидной психопатиях. Истерическое патологическое фантазирование предназначено прежде всего для окружающих. Поэтому своими фантазиями с наслаждением делятся с другими, стараются убедить в их реальности, нередко обнаруживая при этом незаурядное актерское мастерство. Иногда преподносят свои фантазии в виде рассказов об историях, которые якобы случились с ними самими или с кем-то из их знакомых. Тема фантазий всегда задается желанием произвести впечатление, привлечь к себе внимание.

Шизоидное патологическое фантазирование отличить бывает труднее — оно также предназначено для самого себя. По мнению В. В. Ковалева (1979), такие фантазии являются следствием реакции гиперкомпенсации: подросток в мечтах получает то, что ему недостает в жизни — признания и дружбы сверстников, разделенной любви, успехов в компании, силы и ловкости, красоты и т. п. Грубая сексуальность менее характера, чаще ее заменяет возвышенная эротичность.

Параноидная форма прогредиентной шизофрении

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что данная форма достаточно часто встречается в подростковом возрасте. По нашим материалам, параноидная шизофрения диагностирована в 24 % среди 540 подростков мужского пола, больных прогредиентной и вялотекущей шизофренией и шизоаффективными психозами. Следовательно, эта форма у подростков встречается не реже, чем простая (см. стр. 143). Надо еще добавить, что диагностированная в подростковом возрасте неврозоподобная или психопатоподобная вялотекущая шизофрения в 16 % в дальнейшем оборачивается параноидной формой. Таким образом, суждение о том, что параноидная шизофрения обычно развивается у лиц старше 25 лет

[Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983], основывается, видимо, на прежних данных, исходящих еще от Е. Kraepelin (1915). Вероятно, одним из проявлений эпохального патоморфоза шизофрении может быть начало параноидной формы в подростковом и юношеском возрасте, что ранее считалось редкостью.

У подростков параноидная форма чаще всего (42 %) начинается подостро — на протяжении нескольких недель. Дебют с острого параноидного синдрома нами отмечен в 19 %. В 7 % параноидная форма выявилась вслед за первоначальным острым полиморфным синдромом (см. стр. 127). В 16 % параноидная форма еще в подростковом или послеподростковом возрасте сменила неврозоподобные, а в 14 % — психопатоподобные расстройства. Паранойяльный синдром предшествовал параноидному только в 2 %.

Почти треть случаев острого начала параноидной формы, по нашим данным, была спровоцирована интоксикацией дурманящими веществами (пятновыводители, бензин, некоторые сорта клея и др.), использованными в токсикоманических целях лекарствами (циклодол, теофедрин, эфедрин и другие в больших дозах), а также первым в жизни тяжелым алкогольным опьянением.

Клиническая картина в период манифестации проявляется одним из описанных в данной главе синдромом. Бредоподобные фантазии более свойственны младшему подростковому возрасту, паранойяльный синдром — старшему. Различные варианты параноидного синдрома встречаются с почти одинаковой частотой:

- галлюцинаторно-параноидный синдром — 27 %;
- синдром Кандинского — Клерамбо — 34 %;
- бредовой вариант параноидного синдрома — 39 %.

Если у взрослых выраженные аффективные проявления (депрессия, гипоманиакальность) свидетельствуют против непрерывно-прогредиентной (параноидной) формы [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983], то у подростков в период манифестации при всех вариантах параноидного синдрома встречаются короткие депрессивные эпизоды, во время которых бывают суицидные мысли. О периодах угнетенного настроения, длящихся часами и днями, нередко узнают только со слов больного. В поведении, мимике, позе, интонациях голоса депрессивные эпизоды могут не проявляться.

Течение в значительной мере определяется тем, как лечат больного. Активная и адекватно подобранная терапия, как

правило, приводит к ремиссии, хотя она обычно бывает неполной и нестойкой. Во время ремиссий требуется поддерживающая терапия психотропными средствами. Перерыв в лечении способен вызвать рецидив.

Спонтанные ремиссии встречаются при острых дебютах, особенно если они были спровоцированы упомянутыми токсическими факторами.

Параноидный вариант злокачественного течения шизофрении в подростковом возрасте встречается относительно редко. Для юношеской злокачественной шизофрении более характерны гебефреническая и простая формы [Наджаров Р. А., 1965].

Острый параноидный синдром при приступообразной шизофрении

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

В подростковом возрасте приступообразная (шубообразная) шизофрения чаще всего начинается острым полиморфным синдромом (см. стр. 127). Если же развивается острый параноидный синдром, т. е. картина психических нарушений ограничивается бредом, галлюцинациями и психическими автоматизмами, то поначалу трудно бывает предсказать дальнейшее течение — будет ли оно непрерывно-прогредиентным (параноидная шизофрения) или приступообразным (с шубами и ремиссиями между ними).

В пользу приступообразного течения, а следовательно, возможной ремиссии, могут свидетельствовать выраженные тревога и страх, которые не только звучат в высказываниях больного, но и отчетливо сказываются на его поведении.

Среди отдельных форм бреда при параноидном приступе в подростковом возрасте наиболее характерен бред инсценировки. Например, больной считает, что его поместили не в больницу, а в какое-то особое, для необычных целей предназначенное учреждение (в школу, где готовят разведчиков, в секретную лабораторию, где ставят опыты на людях, в концентрационный лагерь и т. п.), что персонал только разыгрывает из себя врачей и сестер, больным также поручены определенные роли, все происходящее вокруг — это какой-то специально для них устроенный спектакль. Синдром Кандинского — Клерамбо реже других вариантов параноидного синдрома встречается при приступообразной шизофрении.

Прием больших доз алкоголя или употребление различных дурманных средств при приступообразной шизофрении, так же как при остром начале параноидной формы, могут послужить провокаторами для начала заболевания. Первые его симптомы появляются еще во время интоксикации, которая отличается атипичной картиной. Например, прием большой дозы алкоголя у

непьющего подростка вызывает появление вербальных слуховых галлюцинаций: слышатся оклики по имени, чьи-то голоса, обращенные к подростку реплики. После вдыхания паров бензина вместо и наряду с яркими зрительными галлюцинациями, а также тематически связанными с ними слуховыми галлюцинациями (что возможно при данной интоксикации), возникают симптомы психического автоматизма.

Полные хорошие ремиссии после острого параноидного приступа чаще наступают, если этот приступ был спровоцирован экзогенными факторами. В прочих случаях ремиссии обычно неполные, иногда с резидуальным бредом.

Параноидный тип неполной ремиссии

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

У взрослых данный тип считается одним из самых частых среди неполных ремиссий — на него падает около 25 % [Зеневич Г. В., 1964]. Описаны два варианта параноидного типа ремиссии: при одном больные начинают диссимулировать бредовые переживания [Морозов В. М., Тарасов Ю. И., 1951], при другом они перестают быть актуальными для больного.

Диссимуляционный вариант параноидного типа ремиссии в подростковом возрасте обычно встречается как этап в процессе улучшения при лечении антипсихотическими нейролептиками или на выходе из острого параноидного синдрома. Сама возможность для больного скрывать свои бредовые переживания, отрицать их при расспросе свидетельствует о том, что бредовое напряжение спадает, эмоциональный заряд (чувство внутреннего напряжения, беспокойства, тревоги, беспричинный страх и т. п.), составляющий подоплеку бреда, заметно ослабевает, а то и почти полностью угасает.

Диссимуляция может быть полной. В этих случаях больной не только не высказывает бредовых идей по своей инициативе, отрицает их при расспросе, но даже на словах критически оценивает свои прежние болезненные переживания, соглашаясь, что все ему показалось, что это было от болезни и т. п. В таких случаях о диссимуляции приходится узнавать впоследствии. Если состояние нормализуется, ремиссия становится полной, подросток признается, что некоторое время (недели, месяцы) прежние бредовые (реже галлюцинаторные) переживания сохранялись, но он их тщательно скрывал, старался не показывать, «себя не выдать», чтобы, например, быстрее быть выписанным из больницы. И наоборот, если состояние ухудшается, надвигается рецидив или обострение, подросток оказывается больше не в силах скрывать свои бредовые идеи и заявляет, что все предыдущее время «все было по-прежнему», только он об этом никому не говорил.

Неполная диссимуляция бывает чаще. В таких случаях больной по своей инициативе не высказывает бреда и отрицает болезненные переживания при расспросе, однако его поведение свидетельствует о противоположном. Сохраняются настороженность, подозрительность при бреде преследования и отношения, немотивированная разборчивость в пище — при бреде отравления и заражения; больной старается как-то маскировать воображаемый недостаток при дисморфоманическом бреде. Голословное отрицание прежних бредовых высказываний, галлюцинаций в прошлом, поступков, обусловленных бредом и галлюцинациями, вместо того, чтобы попытаться их критически оценить, всегда настораживает в отношении их диссимуляции, хотя и не обязательно о ней свидетельствует, так как возможно отрицание прежних бредовых идей и галлюцинаций по кататимным механизмам.

Дезактуализация по своим проявлениям в какой-то степени противоположна неполной диссимуляции. Если больного расспрашивают, он повторяет прежние бредовые высказывания и совершенно не способен их критически оценить. В то же время бредовые идеи никак не сказываются на поведении. Заявляя, что кто-то хотел с ним расправиться, подросток в то же время не обнаруживает ни беспокойства, ни озабоченности, ни намерения как-либо защититься. По-прежнему считая, что он нашел свой способ контакта с инопланетянами, подросток ограничивается повторением прежних фраз, а предоставленный себе занят разными делами и не навязывает своих идей другим. Бредовая система становится как бы изолированным островком («инкапсуляция бреда»). Подростка легко отвлечь от бредовых идей, он охотно ведет разговор на самые разные темы. Всякое бредовое творчество прекращается, новые люди в бред не вовлекаются, новые события бредовым образом не перетолковываются. Все бредовые высказывания — это повторение остатков прежних идей («резидуальный бред»). В силу сказанного появляется возможность удовлетворительной социальной адаптации. Подростка удается привлечь к труду, а иногда он даже оказывается способным продолжать учебу.

При параноидном типе ремиссий диссимуляция и дезактуализация касаются прежде всего именно бреда. Галлюцинации в процессе становления ремиссии обычно исчезают, однако критическое отношение к прежним обманам чувств может появиться не сразу.

В подростковом возрасте параноидный тип ремиссии в виде диссимуляции встречается чаще, чем в виде дезактуализации. Последний вариант отличается большей продолжительностью стабильного состояния. При диссимуляции же вскоре либо наступает полная ремиссия, либо возникает рецидив или обострение.

Параноидный тип дефекта Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Описан у взрослых как один из вариантов дефектного состояния, обычно развивающегося при параноидной шизофрении. У подростков этот тип дефекта встречается довольно редко — развивается как следствие злокачественной параноидной формы. В этих случаях на фоне эмоционального оскудения, неадекватных аффектов, аутизма, нелепого поведения, нелогичного разорванного мышления сохраняются отрывочные бредовые высказывания, отражающие остатки прежних бредовых систем.

Могут сохраняться слуховые и обонятельные галлюцинации. Судить о них чаще приходится по поведению больных. Они к чему-то прислушиваются, принимают, отвечают на чьи-то реплики.

Бредовые идеи также не всегда удается выявить при расспросе, чаще они звучат в спонтанных высказываниях. При этом особенно разительным бывает контраст между содержанием этих высказываний и эмоциональной реакцией больного. Например, с нелепой улыбкой, смешками и гримасами подросток заявляет, что у него хотят вырезать половые органы и выколоть глаза. Параноидный тип дефекта в подростковом возрасте еще не свидетельствует о том, что развитие заболевания прекратилось, что процесс отзвучал. Возможны новые обострения с последующим еще большим нарастанием дефекта.

Глава 6. Инкогерентные расстройства. Определение и систематика.

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Инкогерентность (от лат. *incohareo* — нарушать, уничтожать связь, соединение) как психиатрический термин наиболее принято использовать для обозначения бессвязности мышления, о которой судят на основании высказываний больного. Однако нарушение связности, целостности, системности при шизофрении касается не только мышления. Оно может ярко выявляться и в эмоциональных реакциях, и в патологической продукции, включая бред и галлюцинации, и во всем поведении больного. Поэтому представляется возможность использовать термин «инкогерентные расстройства» в более широком смысле, чем только как бессвязность мышления. Такое расширенное понимание данного термина было применено А. В. Снежневским (1983) к описанию аментивного синдрома.

Если шизофрения проявляется психопатоподобными, невротоподобными, аффективными расстройствами, то инкогерентность может оставаться малозаметной. Даже при параноидных расстройствах сохраняется определенная системность. Однако при некоторых острых психотических синдромах

инкогерентность может распространяться в большей или меньшей степени на всю психическую деятельность. В выраженных случаях подобная бессвязность, достигающая полной спутанности, обуславливает нарушения сознания. При меньшей степени инкогерентности сознание, в частности один из важнейших показателей его оценки — способность ориентироваться в окружающем, может быть ненарушенным, формальная ориентировка сохраняется. Об инкогерентности тогда свидетельствуют фрагментарность, бессистемность и изменчивость психотической симптоматики.

На основании сказанного к инкогерентным расстройствам при шизофрении нами были отнесены следующие синдромы:

- острый гипертоксический синдром (фебрильная шизофрения);
- аментивный синдром;
- астеническая спутанность;
- острый полиморфный синдром.

Эти синдромы чаще всего возникают при приступообразно-прогредиентной (шубообразной) шизофрении, в том числе при одной ее своеобразной форме, встречающейся в подростковом возрасте, — одноприступной шизофрении. Гораздо реже эти синдромы можно наблюдать при шизоаффективных психозах.

Основные синдромы инкогерентных расстройств. Острый гипертоксический синдром ("фебрильная шизофрения").

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Данное психическое расстройство было описано еще в прошлом столетии под названием «острого бреда» — delirium acutum [Boismont A., 1845]. Впоследствии [Schneidegger W., 1929] оно стало рассматриваться как разновидность шизофрении.,

В настоящее время острый гипертоксический синдром при подростковой шизофрении встречается редко — по нашим данным, менее 1 % всех случаев шизофрении и шизоаффективных психозов в этом возрасте. Его картина существенно не отличается от фебрильной шизофрении, описанной у взрослых [Титанов А. С., 1982].

Начало иногда внезапное, бурное; болезнь развертывается на протяжении одних-двух суток, даже часов. В других случаях острому гипертоксическому синдрому в течение ряда дней может предшествовать субступорозное состояние или один из других синдромов инкогерентных расстройств (аментивный,

острый полиморфный).

Спутанность достигает полубессознательного или бессознательного состояния, которое сопровождается двигательным возбуждением в постели. Это возбуждение напоминает хореоформные гиперкинезы — больные совершают размахистые малокоординированные движения руками и ногами, иногда выгибаются, крутятся всем туловищем. Лицо то амимично, то искажается грубыми гримасами.

Может наблюдаться симптом «обирания»: больные теребят белье, как будто снимают с него или со своего тела невидимые крошки и соринки («обираются»), что-то ловят в воздухе.

Издаются нечленораздельные звуки, иногда выкрикиваются отдельные слова или обрывки фраз. В контакт с больным вступить почти не удастся. Сохранной бывает лишь мимическая или голосовая реакция на оклик по имени. Реже удастся получить ответ на один-два простых вопроса или добиться выполнения самых элементарных указаний — показать язык, подать руку и т. п.

Соматическое состояние бывает тяжелым. Температура тела колеблется от субфебрильной до 40°C и выше. Температурная кривая может носить гектический характер — с резкими нерегулярными подъемами и спадами. В связи с выраженной лихорадкой данный синдром стали выделять в особую форму — фебрильную шизофрению [Титанов А. С., 1982; Sheid K., 1937].

Внешний вид бывает как у лихорадящего больного: красные склеры глаз, сухие запекшиеся и растрескавшиеся губы, обложенный язык. Кожные покровы иногда приобретают желтушный оттенок. На теле могут появляться кровоподтеки. В тяжелых случаях возникают пролежни. Больные быстро худеют.

Пульс учащен и ослаблен. Могут быть падения сердечной деятельности. Сердечная слабость является частой причиной летального исхода.

Смертность при данном синдроме довольно высока. Даже при современной интенсивной терапии она достигает 18 % [Титанов А. С., 1982]. Патологоанатомическое исследование обнаруживает набухание головного мозга, дистрофию миокарда, печени и почек и точечные кровоизлияния во внутренних органах.

Предполагается, что патогенетической основой данного синдрома является аутоинтоксикация — «синдром эндогенной интоксикации» [Уманский М. А. и др., 1979]. Ее причина и сущность остаются неясными. Известно, что иногда острому

гипертоксическому синдрому предшествует инфекционное или иное острое соматическое заболевание. А. С. Титанов (1982) полагает, что такое заболевание играет роль сильного стресса для индивида с особым генетическим предрасположением к истощению защитных сил организма.

Острый гипертоксический синдром, в свою очередь, может смениться ступором или одним из других инкогерентных синдромов. Может также наступить ремиссия. Повторные приступы обычно бывают более легкими, чем первый.

Весь период, в течение которого держался острый гипертоксический синдром, подвергается амнезии. Иногда сохраняются лишь отдельные отрывочные воспоминания.

При шизоаффективных психозах вслед за острым гипертоксическим синдромом развивается маниакальное состояние, реже — депрессия.

Аментивный синдром

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Этот синдром раньше считался характерным для психозов экзогенных, в особенности инфекционных [Чистович А. С., 1955; Трауготт Н. Н., 1956]. Его картина при остром начале шизофрении у взрослых была описана О. В. Кербиковым (1949).

В настоящее время данный синдром встречается крайне редко: по нашим данным, менее чем у 0,5 % подростков, заболевших шизофренией и шизоаффективными психозами. Возможно, это связано с тем, что прежде аментивный синдром возникал при шизофрении, когда острый приступ был спровоцирован экзогенными факторами, в особенности тяжелой инфекцией. С появлением активных антибактериальных препаратов течение инфекционных заболеваний стало более легким. Считалось также, что аменция — это реакция на экзогенную вредность мозга, ослабленного физическим истощением организма, авитаминозом, крайним перенапряжением и т. п. [Осипов В. П., 1931]. Поэтому аментивный синдром относительно часто встречался у истощенных и ослабленных детей и подростков в военные и послевоенные годы [Сухарева Г. Е., 1955]. Наконец, исчезновение данного синдрома совпало с появлением нейролептиков. В нашей стране аментивный синдром стал казуистической редкостью с середины 50-х годов, когда было начато применение аминазина. Нейролептики вводят с первых дней и даже первых часов острого психоза — это может сменять более тяжелое инкогерентное расстройство (аментивный синдром) на менее глубокое (астеническая спутанность, острый полиморфный синдром).

Проявления аментивного синдрома в подростковом возрасте

существенно не отличаются от описанных у взрослых.

Его картина развертывается на протяжении нескольких дней. Продромальный период проявляется тревогой, беспокойным сном, плохим самочувствием. Далее нарастает растерянность, случаются субступорозные эпизоды. В некоторых случаях психоз развивается со стремительной быстротой — за несколько часов. Обычно это совпадает с соматическим заболеванием, сопровождающимся лихорадкой (грипп, ангина), переохлаждением (купание в холодной воде) или перегреванием (многочасовое загорание на солнце с непокрытой головой).

На высоте психоза больные беспокойны. С выражением тревоги или страха, а чаще растерянности и недоумения на лице они куда-то стремятся или топчутся на месте. Они не узнают знакомых и даже близких, и, наоборот, неизвестных им людей принимают за родных или знакомых (симптом ложного узнавания). В окружающей обстановке больные не ориентированы: не понимают, где они находятся, в палате не могут найти свою постель, неспособны пройти в туалет. Резко нарушается ориентировка во времени. Больные не только не могут назвать число, день недели, месяц, даже год, но в тяжелых случаях не могут отличить утро и вечер.

Речь малосвязна и отрывочна. На все обращенные к ним вопросы либо не отвечают вовсе, либо приходится слышать ответ «не знаю». По отдельным репликам можно заподозрить отрывочные бредовые идеи преследования, отношения, воздействия, самообвинения. По поведению иногда можно судить об эпизодических галлюцинациях: временами больные к чему-то прислушиваются, присматриваются, принимают.

В контакт с больным удастся вступить не всегда, а если удастся, то с большим трудом. Они отвечают лишь на один-два самых простых вопроса и умолкают. Двигательное беспокойство может чередоваться с застыванием в одной позе на продолжительное время.

При неврологическом осмотре обычно отмечают расширение зрачков, повышение сухожильных и ослабление кожных рефлексов. Сердцебиения учащены. Иногда имеется лихорадочный вид при нормальной или субфебрильной температуре тела.

При лечении нейролептиками, особенно аминазином, аментивный синдром постепенно сглаживается и сменяется острым полиморфным или острым параноидным синдромом. Иногда также постепенно формируется ремиссия астенического типа.

Дифференциальный диагноз проводится с аментивным синдромом при инфекционных психозах. Как указывалось, в настоящее время этот синдром как следствие инфекционных заболеваний представляет большую редкость. Из прежних описаний известно, что при инфекционной аменции у подростков выражена изменчивость эмоционального фона [Сухарева Г. Е., 1955]. Страх и тревога, растерянность и недоумение, веселая улыбка и смех часто сменяли друг друга. Кроме того, несмотря на нарушенное сознание, сохранялось стремление к контакту. Подросток ищет защиты и успокоения, адекватно реагирует на доброжелательный тон собеседника, склонен к послушанию. При шизофренической аменции могут проскальзывать отрывочные бредовые идеи воздействия, на фоне растерянности и тревоги — эпизоды нелепой дурашливости; больные, часто недоступны, проявляют немотивированный негативизм. Тем не менее, когда психоз развивается на фоне инфекционного заболевания, диагноз становится более очевидным, если аментивный синдром сменяется другим. При инфекционных психозах за ним следовала астения. При шизофрении вслед за аментивным синдромом разворачивается острый полиморфный или параноидный, реже — кататоно-гебефренический синдром. Полная ремиссия может быть также после аментивного синдрома при шизофрении.

Астеническая спутанность **Шизофрения у подростков**

Личко А.Е.

Данный синдром был описан при инфекционных психозах у подростков [Исаев Д. Н., Александрова Н. В., 1983].

При шизофрении с этим синдромом приходится сталкиваться, когда приступ был спровоцирован каким-либо инфекционным заболеванием, особенно если оно сопровождалось лихорадкой.

Для астенической спутанности характерны растерянность, затруднение понимания происходящего; вокруг и выраженная истощаемость — утомление быстро наступает при малейшем психическом, напряжении.

Формальная ориентировка может сохраняться. Больные верно называют год и месяц, время года, иногда даже число и день недели, однако они начинают путаться, когда нужно расставить во времени последние события, плохо узнают персонал, долго не могут запомнить своего лечащего врача, соседей по палате, принимают их за прежних знакомых (симптом ложного узнавания) или повторяют, что они похожи на кого-либо, ранее виденного.

На лице часто выражение растерянности, недоумения или крайнего изнеможения. Могут быть отрывочные, нестойкие бредовые идеи. Больной вскоре сам забывает о том, что говорил. Бредовые высказывания часто бывают спровоцированы

ситуацией: во время драки соседних подростков больной в страхе заявляет, что его хотят убить; во время инъекции — что его отравляют; во время физиотерапевтических процедур — что на него действуют радиоактивными лучами или лазером и т. п.

Галлюцинации и психические автоматизмы, если и появляются, то также в виде эпизодических феноменов. О них приходится судить по отдельным спонтанным репликам больных. Если же их специально об этом расспрашивать, то обычно подростки отрицают подобные переживания или не могут понять, о чем идет речь.

Для данного синдрома особенно характерна истощаемость, которая проявляется в ходе обычной беседы с больным.

Соматическое состояние обычно определяется той инфекцией, которой был спровоцирован приступ шизофрении. Может быть вид- лихорадящего больного даже при субфебрильной или нормальной температуре тела. Если еще не начато лечение нейрорептиками, сон, как правило, беспокойный, иногда в виде коротких периодов, несколько раз за сутки. Аппетит понижен, едят часто с принуждением, приходится кормить с рук, но упорные отказы от пищи не характерны.

По миновании астенической спутанности амнезия бывает парциальной: какие-то периоды и события выпадают из памяти, какие-то сохраняются. Ретроспективно иногда выясняется, что на высоте астенической спутанности были онейроидные состояния.

Дифференциальный диагноз проводится между инфекционной и шизофренической астенической спутанностью. При инфекционном психозе астеническая спутанность отличается теми же особенностями поведения больного, что и инфекционная аменция. Больные адекватно реагируют на заботу со стороны, ищут сочувствия, помощи. Чувствуя доброжелательное отношение, они стремятся к контакту. При шизофрении астеническая спутанность сопровождается напряженностью, неконтактностью, подозрительностью. На фоне растерянности и плохого понимания происходящего вокруг могут случаться нелепые, ничем извне не спровоцированные, бредовые высказывания о гипнотическом или ином сверхъестественном воздействии, жестоком обращении («хотят кастрировать»), открытости для всех собственных мыслей, символическое толкование обыденных поступков и слов окружающих. По отдельным репликам иногда удается узнать о слуховых императивных или обонятельных галлюцинациях, о явлениях психического автоматизма. Сквозь растерянность и тревогу может проскальзывать дурашливая манерность. Содержание высказываний иногда не согласовывается с

эмоциональными проявлениями в этот момент — интонацией голоса, мимикой, жестами.

Указанные отличия в период острого психотического состояния не всегда отчетливо выступают, поэтому диагноз становится более ясным по миновании астенической спутанности. Если она сменяется параноидным или гебефренокататоническим синдромом, то очевиден шизофренический генез психоза. Инфекционная астеническая спутанность переходит в астенический синдром с, полностью прояснившимся сознанием. Тогда дальнейший прогноз бывает благоприятным.

Однако после инфекционной астенической спутанности на некоторое время может сохраниться резидуальный бред. Какие-либо прежние болезненные переживания долго не могут подвергнуться критической переработке, подросток все еще верит, что «так и было». Но, в отличие от параноидного синдрома, никакой новой бредовой продукции не возникает, да и сохранившаяся бредовая оценка прежних событий никак не сказывается на поведении. С другой стороны, острый приступ шизофрении с картиной астенической спутанности может закончиться полной ремиссией.

В настоящее время спровоцированные инфекционным заболеванием острые дебюты шизофрении в подростковом возрасте встречаются значительно чаще, чем инфекционная астеническая спутанность.

Острый полиморфный синдром

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Данный синдром наиболее характерен для предподросткового, младшего и среднего подросткового возраста, т. е. для 10—15 лет. В этот период жизни, по нашим данным, почти 80 % острых дебютов шизофрении начинается с описываемого синдрома. У старших подростков он встречается реже.

Было замечено, что острый полиморфный синдром наиболее характерен для приступообразной шизофрении — «полиморфные приступы» [Вроно М. Ш., 1971; Мамцева В. Н., 1979].

«Полиморфные шубы» были описаны также у детей, но как одна из тяжелых форм шизофрении [Кулагина И. О., 1970]. У взрослых сходная картина отмечена в случаях, занимающих как бы промежуточное положение между приступообразно-прогредиентной шизофренией и шизоаффективными психозами — подобные случаи были названы «полиморфной шизофренией» [Концевой В. А. 1965].

В американской систематике психических расстройств DSM-1II (1980) выделено особое «шизофреноформное расстройство», длительность которого ограничивается сроком от 2 нед до 6 мес.

Начало его острое, болезнь часто завершается «полным возвращением к исходному уровню социального функционирования», а клиническая картина на высоте заболевания характеризуется бурными эмоциональными нарушениями (emotional turmoil), страхом, растерянностью. Могут встречаться все симптомы, известные при шизофрении, включая разнообразный нелепый бред, слуховые галлюцинации, бессвязность мышления, неадекватные аффекты, отдельные кататонические явления и др., но каждый из этих симптомов не удерживается надолго. Подобная картина весьма сходна с описываемым острым полиморфным синдромом.

Острое начало шизофрении с очерченного галлюцинаторно-параноидного, депрессивно-параноидного, кататонического или гебефренического синдрома характерно для старшего подросткового возраста и для взрослых. В младшем и среднем подростковом возрасте острый приступ, очевидно, сопровождается большей степенью инкогерентности, что препятствует формированию системного психотического расстройства с явным преобладанием бреда и галлюцинаций или аффективных, или кататоно-гебефренических симптомов. Инкогерентность проявляется, в частности, в том, что острый полиморфный синдром включает в беспорядочном смешении отдельные симптомы всех этих расстройств сразу. Эти особенности некоторых острых психотических состояний были обозначены как «синдромальная незавершенность» [Наджаров Р. А., 1972].

Продромальный период лишь в некоторых случаях предшествует острому полиморфному синдрому. В течение некоторых дней ощущается своеобразный душевный дискомфорт («не по себе»); заметны плохое настроение, раздражительность, иногда бывают головные боли, у младших — плаксивость, беспокойный сон.

Психоз обычно разворачивается за 2—3 дня. На фоне бессонницы появляются немотивированное беспокойство, беспричинная тревога, приступы страха. Подростки сами не могут объяснить, чего они боятся («витальный страх») или говорят о страхе смерти, страхе сойти с ума. В дальнейшем тревога и страх могут чередоваться то с эйфорической экзальтацией, взвинченностью, то с унынием, слезами и жалобными причитаниями, то с растерянностью, недоумением по поводу происходящего вокруг, то, наконец, с моментами крайнего изнеможения, безграничной усталости, неспособности двигаться и вести беседу.

Элементарная формальная ориентировка во времени и месте, как правило, сохраняется: правильно называются год, месяц, место пребывания; больные знают, что находятся в больнице. Однако действительная способность ориентироваться в окружающем всегда в какой-то степени страдает. Путают

последовательность событий предшествующих дней, плохо осваиваются в новом помещении, почти не знают соседей по палате, хотя много дней пробыли вместе. Встречается симптом «двойной ориентировки» (сразу «в больнице» и «в лагере»). Может нарушаться чувство времени, когда прошедшие 3—4 дня кажутся неделями, а, наоборот, продолжительный срок воспринимается как несколько дней.

Галлюцинации бывают отрывочными, эпизодическими, обычно слуховыми в виде окликов по имени или голосов, отдающих больному приказы или комментирующих его поведение.

Возможно все разнообразие психических автоматизмов и псевдогаллюцинаций — от ощущения «сделанных кем-то мыслей» до голосов внутри головы, но они также возникают на короткие моменты. Зрительные галлюцинации появляются редко и их трудно отличить от бредовых иллюзий и грезоподобных фантазий. Встречаются зрительные псевдогаллюцинации («кино внутри головы», «картины и фигуры в голове»). Обонятельные галлюцинации возникают реже слуховых, они могут отличаться необычностью ощущаемых запахов («пахнет радиоактивной пылью») или нелепостью их словесных обозначений.

Бредовые высказывания не складываются в определенную систему, одно сменяет другое. Наиболее часто звучат отрывочные идеи преследования, отношения, воздействия, инсценировки, но могут встречаться все виды бреда — от метаморфозы («превратился в робота») до жестокого обращения, от самообвинения до нелепого величия. Бред может легко быть спровоцирован ситуацией. Когда у больного берут кровь на анализ, он заявляет, что его убьют, выпустив из него всю кровь. Попадшееся на глаза вентиляционное отверстие на стене наводит на мысль о подсматривающих телевизионных устройствах; идущий за окном по улице милиционер указывает на то, что больного арестуют, и т; п. Впоследствии эти высказывания легко забываются, больные могут отрицать, что когда-либо говорили что-нибудь подобное.

Бред инсценировки особенно часто встречается при остром полиморфном синдроме в подростковом возрасте. В его основе лежат дереализационные переживания, ощущение того, что все вокруг как-то странно и необычно. Больному кажется, что вокруг будто специально для него разыгрывается какой-то спектакль, персонал «переоделся во врачей и сестер», другие подростки притворяются больными, сама же больница не то тюрьма, не то школа, где готовят разведчиков, не то какой-то лагерь, где ставят опыты над людьми. Окружающая обстановка кажется при этом какой-то ненастоящей, поддельной.

Онейроидные эпизоды могут быть продолжением бреда

инсценировки. Больной погружается в грезоподобные фантазии, во время которых как бы отключается от окружающего, и вступить с ним в контакт в эти моменты бывает очень трудно.

Символическое толкование обыденных слов и действий других лиц также бывает нередким симптомом. Сказанное посторонними между собой подросток относит к себе и превратно, иногда нелепо, перетолковывает. В обычных поступках окружающих видятся особые намеки и сигналы. Например, подростку в палате отвели койку в углу — он это воспринял как намек, что его «жизнь загнана в угол», т. е. зашла в тупик.

Деперсонализационные переживания могут дополнять дереализационные. Больные довольно редко рассказывают о них по своей инициативе. Обычно они выясняются при целенаправленном расспросе. Деперсонализация сводится к необычному ощущению изменения самого себя, которое трудно объяснить словами, или отдельных частей тела (рук, ног, лица, гениталий). Во время беседы больные иногда подолгу разглядывают кисти своих рук, вращая их перед собой.

Отдельные кататонические и даже гебефренические симптомы также могут быть представлены при остром полиморфном синдроме. Порой совершаются нелепые импульсивные действия. Например, подросток в присутствии посторонних снял с ноги ботинок и помочился в него. Другой подросток неожиданно снял куртку и брюки, вывернул их на левую сторону и снова надел. Возможны импульсивная агрессия и аутоагрессия, внезапные суицидные попытки. Причину своих поступков в таких случаях объяснить не могут.

Причудливые позы, нелепые гримасы, манерное поведение, патетические интонации речи, склонность к примитивному рифмованию могут перемежаться с короткими моментами, когда больной вдруг смолкает, не отвечает на вопросы и даже застывает в необычной позе.

Речь больных, касается ли это высказываний по собственной инициативе или когда их просят рассказать о чем-либо, отличается, несобранностью, путанностью, витиеватыми оборотами. Иногда обнаруживается склонность к резонерству, могут проскальзывать «ответы мимо».

Соматические изменения при остром полиморфном синдроме представляют в смягченном виде картину тех нарушений, которые были описаны при аментивном синдроме и астенической спутанности. Лихорадочный вид при субфебрильной или нормальной температуре тела бывает лишь в

первые дни.

При лечении психотропными средствами острый полиморфный синдром, если он возник впервые, приблизительно в половине случаев завершается ремиссией — полной или удовлетворительной. В других случаях его сменяют параноидные, апатоабулические или реже гебефренокататонические расстройства. Еще реже острый полиморфный синдром предшествует более глубоким инкогерентным расстройствам — астенической спутанности, аментивному и острому гипертоксическому синдрому.

***Приступообразно-прогредиентная
(шубообразная) шизофрения в
подростковом возрасте***

**Шизофрения у
подростков**

Личко А.Е.

Приступы (шубы) развиваются остро (психоз развертывается в течение нескольких дней) или подостро (психические расстройства нарастают в течение недель) и длятся от 2—3 нед до нескольких месяцев. При успешном лечении психотропными средствами продолжительность шуба может даже сокращаться до нескольких суток.

Первые приступы нередко кончаются хорошей ремиссией — от перенесенного психоза может не оставаться никаких следов, а бывшие болезненные переживания и неправильное поведение либо амнезируются, либо подвергаются критической переработке. При последующих приступах ремиссии все чаще бывают неполными. Во время них все отчетливее выступают основные симптомы шизофрении — падение активности, эмоциональное оскудение, замкнутость, иногда формальные нарушения мышления (резонерство, «соскальзывание» с темы, обрывы ассоциаций и т. п.). Чаще других встречаются астенический и апатоабулический типы ремиссий.

Картина приступа шизофрении у подростков, особенно первого, нередко соответствует описанному выше острому полиморфному синдрому. Второе место по частоте составляет острый параноидный синдром. Другие картины — астеническая спутанность, аментивный синдром, кататонический ступор — в настоящее время встречаются редко.

Продолжительность ремиссий различна — от нескольких недель до многих лет. Поддерживающая терапия психотропными средствами способствует длительности ремиссий. Внезапные перерывы в лечении часто приводят к повторным приступам.

Отчетливые признаки дефекта (чаще всего по апатоабулическому типу) обычно начинают выступать после третьего-четвертого приступа. Появляются стойкие изменения личности, отмеченные как основные симптомы шизофрении (см.

стр. 136). Подобные изменения во время неполных ремиссий более динамичны, нередко со временем наблюдается их смягчение («дозревание ремиссий»).

О границах приступообразной шизофрении у подростков (стертые, малосимптомные и протрагированные шубы)

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Существует тенденция расширять границы приступообразной шизофрении в подростковом возрасте.

С одной стороны, длительность приступов считается возможным ничем не ограничивать. В конце концов даже выдвигается положение, что если когда-то наступила ремиссия, то это означает, что был приступ, хотя психоз до этого мог длиться многие годы. Например, случаи психопатоподобной вялотекущей шизофрении, начавшейся в пубертатном периоде и при повзрослении завершившейся хорошей ремиссией, граничащей с практическим выздоровлением, расцениваются как «протрагированные пубертатные шубы» длительностью по 2—3 года и более [Матвеев В. Ф., Курашов А. С., Барденштейн Л. М., 1979]. По мнению Г. П. Пантелеевой (1986), «затяжные гебоидные приступы» могут длиться до 10 лет. Нам представляется вряд ли оправданным считать ремиссию при любой длительности психоза до этого доказательством приступообразного течения шизофрении [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983]. Еще Е. Краепелін (1912) допускал возможность ремиссии при всех описанных им формах раннего слабоумия. В 1919 г. И. П. Павлову был продемонстрирован больной в возрасте 60 лет, который до этого в течение 22 лет находился в состоянии кататонического ступора и после этого практически вышел из состояния психоза.

Американское руководство DSM-III (1980) использует 6-месячный срок длительности психического заболевания для разграничения между «шизофреноформными» (до 6 мес) и «шизофреническими» (более 6 мес) расстройствами. Не разделяя подобной классификации, мы полагаем, что возможно, именно 6-месячный срок может оказаться наиболее вероятной границей максимума продолжительности приступа.

С другой стороны допускается существование стертых, малосимптомных, даже бессимптомных шубов [Юдин Т. П., 1921; Наджаров Р. А., 1972; Башина В. М., 1980], о существовании которых судят только по тому, что с какого-то возраста появляются изменения личности («личностный сдвиг»), обычно весьма сходные с шизоидной психопатией. Заключение о стертом шубе обычно делается ретроспективно, на основании сведений, почерпнутых при собирании анамнеза.

Дифференциальная диагностика подобных «амбулаторных»

шубов в подростковом возрасте весьма трудна. Хотя при шизоидных психопатиях особенности характера и поведения обычно выражены с детства, тем не менее возможны случаи «латентных шизоидных акцентуаций характера» [Личко А. Е., 1977, 1983], когда соответствующие личностные черты начинают выступать только с начала пубертатного периода или под влиянием психических травм, малозаметных для окружающих, но адресующих к месту наименьшего сопротивления, к ахиллесовой пяте шизоидной личности. Тем не менее «абортивные», но не бессимптомные приступы возможны — они получили наименование предвестников, или «зарниц».

Абортивные приступы ("зарницы") шизофрении у подростков

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Изредка встречаются очень короткие, порой молниеносные психотические эпизоды. Они возникают за много месяцев и даже лет до манифестации заболевания и проявляются без видимых причин или будучи спровоцированы психогенными или соматогенными факторами. По нашим данным, одним из наиболее частых провокаторов подобных «зарниц» бывает алкогольное опьянение или употребление других дурманных веществ. Например, подросток, пришедший домой в состоянии алкогольного опьянения, вдруг «почувствовал», что от новой электропроводки на него излучается энергия, и стал срывать со стен провода. Про- трезвев, на следующий день вполне критически оценил свое поведение («спьяну чушь померещилась»), но через полгода развился острый параноидный синдром.

«Зарницы» редко удается выявить, если собирают анамнез у близких или у самого подростка, когда он находится еще в болезненном состоянии. Чаще их удается обнаружить, когда подростка расспрашивают о прошлом в период хорошей ремиссии. Для того, чтобы он понял, о чем идет речь, полезно бывает привести несколько примеров.

Для окружающих многие предвестники проходят незамеченными. По данным Т. П. Симпсон и др. (1959), «зарницы» можно найти у 29 % подростков, заболевших шизофренией. По нашим данным, о них удастся узнать гораздо реже (не более 10 %), если считать предвестниками только несомненно психотические эпизоды, хотя и очень короткие (иногда несколько минут). Если же рассматривать как предвестники самые разнообразные «дисфункциональные состояния», как-то: беспричинные нарушения сна, немотивированные спады активности и т. п., то их можно найти не только у 90 % больных шизофренией [Воловик В. М., Шейнина Н. С., 1983], но и у подавляющего большинства страдающих самыми разнообразными нервно-психическими расстройствами, и даже у вполне здоровых [Шейнина Н. С.,

1986].

Нами было выделено пять типов психотических предвестников шизофрении, характерных для подросткового возраста [Личко А. Е., 1979, 1985]:

1. Нелепые поступки, которые подросток впоследствии сам не способен ни понять, ни объяснить другим. Когда же от него упорно и настойчиво требуют объяснений, то он начинает придумывать различные версии, способные, по его мнению, удовлетворить того, с кем он в данный момент имеет дело: одну — для родителей, другую — для товарищей, третью — для врача.

Например, подросток 14 лет, придя домой из школы и оставшись один в комнате (бабушка на кухне), повесился на перекладине, на которой обычно занимался гимнастикой. Остался жив лишь потому, что оборвалась веревка. На шее осталась странгуляционная борозда. На короткое время терял сознание. Очнувшись, тут же сел за приготовление домашних заданий. Никаких психических травм, никаких конфликтов в семье, в школе, с товарищами не было. Подросток ничего не знал о том, что в асоциальных компаниях иногда «ловят кайф» путем кратковременного удушения. Родителям он долго не объяснял причину поступка, а когда те настойчиво его расспрашивали, стал что-то говорить о девочке, которая якобы не отвечает взаимностью на его любовь. Врачу же в психиатрической клинике признался, что родителям солгал, чтобы отвязались, так как сам не мог понять своего поступка. Через 3 года — острый полиморфный синдром. В дальнейшем, по данным катамнеза, — приступообразная шизофрения.

Девочка 13 лет среди дня разделась донага и появилась на балконе, выходящем на людную улицу. Никаких объяснений своим действиям не дала, как ее ни расспрашивали. Недоуменно пожимала плечами, хотя подтвердила, что хорошо помнит, как совершила этот поступок. Через год развился гебефренокататонический синдром. В дальнейшем — злокачественная шизофрения и развитие дефекта по гебефреническому типу.

2. Эпизодические галлюцинации и психические автоматизмы чаще ограничиваются слуховыми обманами. Слышатся голоса, окликающие по имени или произносящие отдельные фразы, адресованные подростку. Такими же мимолетными могут быть и психические автоматизмы.

Подросток 16 лет после первой выпивки в жизни шел по безлюдному парку. Явственно услышал, как кто-то окликает его по фамилии, стал искать кого-нибудь, заглядывал за деревья и кусты, но никого не нашел. На протяжении получаса оклики

повторялись несколько раз. Через 3 мес после ангины с высокой температурой — острый полиморфный синдром. По данным катамнеза — приступообразно-прогредиентная шизофрения.

Подросток 16 лет на уроке в школе внезапно почувствовал, что он «читает мысли учителя». Это странное ощущение, продолжавшееся всего несколько минут, его поразило и ему запомнилось. Через год — острое кататоническое возбуждение. По данным катамнеза — хорошая ремиссия более 2 лет.

3. Бредовые эпизоды, длительность которых исчисляется часами, иногда даже минутами, с последующей полной критикой.

Например, подростка 15 лет, когда он стоял в очереди в магазине, вдруг, по его словам, «озарило», что направившийся к выходу из магазина мужчина в темных очках — иностранный шпион. Бросился за ним, шел по пятам, «хотел выследить», вслед за ним сел в троллейбус, проехал несколько остановок, не упуская того из виду. Также внезапно, понял, что «все это — ерунда». Через несколько месяцев — паранойяльный дебют с бредом преследования со стороны иностранной разведки. По данным катамнеза — параноидная шизофрения.

4. Аффективные приступы проявляются внезапным беспричинным страхом, который длится несколько минут, редко — дольше.

Например, подростка 17 лет немотивированный «леденящий ужас» вдруг охватил, когда он с компанией приятелей загорал на пляже. Бросил товарищей, побежал к автобусу, чтобы немедленно мчаться домой. «Казалось, что-то ужасное вот-вот случится, может быть ядерная война начнется или землетрясение будет — захотелось скорее быть дома, увидеть родителей». Через полчаса, еще в дороге домой, успокоился. Сам стал смеяться над своим «глупым страхом». Через несколько месяцев — депрессивно-параноидный синдром. По данным катамнеза — шизоаффективный психоз.

5. Эпизоды дереализации и деперсонализации как предвестники шизофрении отличаются от тех же явлений, которые встречаются как транзиторные феномены у здоровых подростков, особенно вследствие переутомления и недосыпания [Korkina M., 1971]. Отличие состоит в том, что при предвестниках в эти моменты полностью отсутствует критическое отношение к переживаемому. Но по миновании подобных приступов они могут оцениваться критически.

Например, у 16-летнего подростка однажды на протяжении нескольких часов было «непрерывное ощущение», что у него

после прыжка одна нога стала короче другой. Неоднократно сравнивал длину ног, измерял их с помощью сантиметра, раздевался и разглядывал себя в зеркале — ощущение не проходило. Впоследствии «забыл» об этом переживании. Через полгода — подостро развился параноидный синдром с дисморфоманическим бредом, идеями отношения и преследования.

Одноприступная шизофрения у подростков

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Приступ шизофрении в подростковом и юношеском возрасте может оказаться единственным в жизни. По данным В. А. Михайловой (1977), в 13 % острые приступы бывают однократными и завершаются практическим выздоровлением. Катанез более 10 лет свидетельствовал о стойкой хорошей ремиссии с вполне удовлетворительной социальной адаптацией.

Продолжительность таких однократных приступов обычно не превышает 3 мес. Клиническая картина разнообразна, но чаще других отмечены кататонно-онейроидные, депрессивно-параноидные и несколько реже — галлюцинаторно-бредовые синдромы [Михайлова В. А., 1977]. После приступа характерно постепенное становление ремиссии, которая как бы «дозревает» уже после выписки из больницы. Имеется полная критика к бывшим во время приступа патологическим переживаниям.

Пубертатный тип приступообразной шизофрении

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Данный тип течения характеризуется несколькими короткими приступами в пубертатном периоде. Длительность каждого приступа — от 2 нед до 2—3 мес.

Картина каждого из приступов нередко весьма сходна («тип клише»). Встречаются острый полиморфный синдром, онейроидная кататония, астеническая спутанность, изредка галлюцинаторно-параноидный синдром. Чаще всего бывают 2—4 приступа. Они разделены непродолжительными (иногда лишь 2—4 нед), но хорошими ремиссиями. В межприступном периоде появляется критика к прежним болезненным переживаниям и своему поведению. За серией приступов наступает стойкая хорошая ремиссия — практическое выздоровление.

Частота этого типа течения невелика — около 10 % случаев приступообразной шизофрении у подростков.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с пубертатным периодическим органическим психозом [Сухарева Г. Е., 1955, 1974; Ушаков Г. К., 1973; Личко А. Е.,

1979, 1985; Berlin F. et al., 1982]. Это психическое расстройство у подростков было ранее описано как диэнцефальный периодический психоз [Мнухин С. С., 1935; Клейман Е. В., 1946]. Для него характерны острые приступы продолжительностью 1—2 нед, редко — дольше, с нарушениями сознания по типу оглушения, сумеречного состояния, онейроида, аментивного синдрома. Начало внезапное — психоз развивался в течение нескольких часов. Приступ обрывался так же внезапно, как начался, иногда после глубокого продолжительного сна. На высоте психоза обычно наблюдались бессонница, резкие нарушения аппетита (от полного отказа от еды до прожорливости), повышенный диурез, субфебрильная температура тела. В анамнезе за несколько лет до первого приступа психоза были черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции или тяжелые нейроинтоксикации. Во время психотического приступа очень характерно повышенное давление ликвора: при спинномозговой пункции он вытекает частыми каплями, а сама пункция может даже прервать психотический приступ. На пневмоэнцефалограмме часто удается обнаружить расширение III мозгового желудочка.

В 30—40-е годы XX столетия пубертатный периодический органический психоз встречался относительно-часто. С 60-х годов он стал чрезвычайно редким заболеванием.

Другим предметом для дифференциального диагноза должен быть пубертатный тип течения шизоаффективного психоза. При нем, в отличие от пубертатного типа прогрессирующей шизофрении, все психотические расстройства разворачиваются на депрессивном или маниакальном фоне. Трудности для диагноза могут представить выраженные онейроидные состояния — в этих случаях суждение о диагнозе нередко приходится откладывать, пока они не минуют.

Глава 7. Апатобулические расстройства. Определение и систематика.

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

К апатобулическим расстройствам относят утрату эмоциональной живости, безразличие к окружающим, близким, своей судьбе, падение активности, бездеятельность, потерю инициативы, неряшливость, исчезновение прежних интересов, необщительность до полной отгороженности. Обычно эти расстройства сочетаются с нарушениями мышления от скудных формальных ответов, склонности к пустому резонерству, «соскальзываний» с темы до полной бессвязности. Все эти симптомы принято считать основными для шизофрении. Допускается, что хотя бы в самой минимальной степени они должны быть представлены при всех формах и на всех стадиях этого заболевания. Однако при вялотекущей шизофрении и на инициальных стадиях некоторых других ее форм явные

проявления всех этих симптомов могут отсутствовать. Подобные нарушения становятся очевидными, когда процесс болезни продвигается достаточно далеко. При формировании шизофренического дефекта апатоабулические расстройства всегда налицо независимо от тина этого дефекта. Но появление этих расстройств, особенно нерезко выраженных и в начале болезни, еще вовсе не свидетельствует о том, что дефект уже сформировался. Апатоабулические расстройства также могут быть обратимыми.

Существует форма шизофрении, при которой апатоабулические расстройства являются главным, а то и единственным проявлением болезни на всем ее протяжении.

Эту форму в 1903 г. описал О. Diem под названием «*dementia simplex*». Вслед за этим Е. Краепелин (1910) включил ее в свою классификацию раннего слабоумия. Впоследствии за этим вариантом шизофрении в советской психиатрии упрочилось название «простой формы» [Гуревич М. О., 1928; Гиляровский В. А., 1935; Кербиков О. В., 1968).

Однако еще в 1928 г. W. Meyer-Gross высказал суждение, что никакой особой простой формы не существует, что это — лишь этап в развитии других форм шизофрении. Впоследствии подобного взгляда придерживались Р. Lemke (1966) и Р. А. Наджаров (1972), который использовал понятие *simplex*-синдром и выделил его «более благоприятный вариант», отнесенный к малопрогредиентной шизофрении, и злокачественный вариант с быстрым развитием дефектного состояния. Первый из вариантов затем был назван «бедной симптомами шизофренией» [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983]. Данное название справедливо, если иметь в виду только продуктивные симптомы; что же касается апатоабулических расстройств, то их проявления могут оказаться достаточно выраженными. Другой вариант с более резкими апатоабулическими расстройствами стал рассматриваться как стабилизация злокачественной шизофрении в ее начальной стадии [Цуцульковская М. Я., Дружинина Т. А., 1966].

В американской психиатрии с 80-х годов термин *dementia simplex* перестал употребляться. Наиболее выраженные апатоабулические расстройства, согласно критериям DSM-III (1980), могут быть расценены как «дезорганизованный тип шизофренического расстройства», признаками которого служат тупой, неадекватный или бессмысленный аффект, бессвязное нелогичное мышление, бедность речи и отсутствие систематизированного бреда.

Границы простой формы шизофрении иногда неоправданно расширялись; в нее включали параноидную шизофрению [Голант Р. Я., 1939], случаи с выраженной неврозоподобной и

психопатоподобной симптоматикой [Портнов А. А., Федотов Д. Д., 1971; Тимофеев Н. Н., Мельников В. А., 1974], гебефрению и «паранойяльную метафизическую интоксикацию» [Левит В. Г., 1965].

В подростковом возрасте апатоабулические расстройства могут быть почти единственным проявлением шизофренического процесса на протяжении многих месяцев и лет. С них заболевание может начинаться или апатоабулический синдром приходит на смену психопатоподобным, реже неврозоподобным, параноидным и другим расстройствам. Один из типов ремиссии при прогрессирующей шизофрении проявляется некоторыми из апатоабулических расстройств, выраженных, однако, в слабой степени. Наконец, эти расстройства являются обычно главными при рано формирующемся шизофреническом дефекте.

Картина самого апатоабулического синдрома довольно однообразна. Вариации касаются лишь степени выраженности нарушений или возникновения на апатоабулическом фоне эпизодических бредовых идей, редких галлюцинаций, психопатоподобных и неврозоподобных расстройств — так называемый продуктивный вариант простой формы [Бажина В. А., 1971].

В итоге может быть предложена следующая классификация апатоабулических расстройств в подростковом возрасте:

1. Апатоабулический синдром при простой форме шизофрении.
2. Апатический тип ремиссии.
3. Апатоабулический тип шизофренического дефекта.

Апатоабулический синдром (*simplex*-синдром)

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Сущность данного синдрома состоит в нарастающем эмоциональном оскудении и снижении активности, которые создают впечатление «падения энергетического потенциала» [Conrad K., 1958]. Эти изменения происходят исподволь. Родные и близкие долго могут не замечать нарушений, которые вызывает болезнь у подростка («домашним вором» образно называют эту форму шизофрении), а когда обращают внимание, то обычно сравнивают, каким подросток был раньше и каким он стал теперь.

Одним из первых исчезает интерес к тому, что раньше привлекало: излюбленные занятия, развлечения, компании приятелей. Заброшенными оказываются прежние хобби, а новых не заводят. Сперва бездеятельность особенно видна в свободное время — подросток ничем не занят, попусту тратит время.

Регламентированные занятия (например, посещение уроков в школе) в этот период могут еще продолжаться, но выполняются как бы автоматически. Но затем забрасывается и учеба. Вначале еще посещают уроки, но фактически ничего на них не делают и ничего нового не усваивают. Над домашними заданиями подолгу сидят, но они не сдвигаются с места и остаются невыполненными. Затем бросают ходить в школу и сиднем сидят дома или бесцельно слоняются около него.

Становятся все более замкнутыми и отгороженными от окружающих. Большую часть времени молчат. По своей инициативе ни к кому не обращаются. Если же их спрашивают, то отвечают односложно, нехотя или вообще отмалчиваются. С прежними друзьями контакт утрачивается, а новых не приобретают — в конце концов остаются в одиночестве.

Происходящее вокруг не вызывает интереса, а волнующие события — никакой эмоциональной реакции. Утрачивается способность к сопереживанию: несчастья близких не трогают, радостные события не вызывают никакого отклика. К родным устанавливается безразличное, а то и холодно-враждебное отношение. От них ждут только вкусной еды. Враждебность может проявляться именно к тем членам семьи, которые более о них заботятся и с которыми ранее были более близки.

Эмоциональные проявления оскудевают. Живость, тонкая выразительность переживаний и чувств утрачиваются. Лицо становится маскообразным. Мимика не отражает ни неприязни, ни симпатии, ни интереса, ни искреннего веселья, ни тревоги, ни печали. Лишь иногда лицо искажается грубыми гримасами.

Меняется голос: он лишается эмоциональных модуляций («деревянный голос»). Одним тоном, как бы на одной ноте говорят и о предметах индифферентных, и о том, что должно было бы задевать и волновать.

Не удастся заметить и вегетативных реакций, сопровождающих эмоции — не краснеют и не бледнеют, не появляется блеск глаз и т. п.

Неадекватность эмоциональных реакций составляет другую сторону поражения аффективной сферы. Грубым смехом реагируют на то, что раньше бы заставило содрогнуться. С любопытством разглядывают то, что у всех вызывает отвращение. Подросток может остаться совершенно равнодушным при горестном известии и здесь же радостно схватиться за вкусную еду.

Растормаживание влечений проявляется прожорливостью и онанизмом. В конце концов мастурбируют, не стесняясь

посторонних. Чувство стыда исчезает. Подростки становятся неряшливыми и неопрятными. Не следят за одеждой, не причесываются, не моются, отказываются менять белье. Не снимая обуви, могут ложиться в постель на чистые простыни.

Возможна немотивированная импульсивная агрессия как в отношении близких, так и совершенно случайных лиц, просто попавших на глаза. Могут наносить жестокие удары тем, кто почему-то не понравился (не так посмотрел, не то сказал, не то сделал) или вообще без всякого повода.

Своеобразные нарушения мышления, как правило, сопровождают эмоциональное снижение и падение активности. Эти нарушения не имеют единого общепринятого обозначения. Их называли «формальными нарушениями мышления» [Griesinger W., 1845], «расстройствами ассоциативного процесса» [Осипов В. П., 1923], «расстройством процесса мышления» [Снежневский А. В., 1983].

Сами больные обычно не предъявляют жалоб на какие-либо нарушения мышления. Они лишь нехотя подтверждают их наличие при настойчивом и детальном расспросе. Но эти нарушения могут бросаться в глаза во время беседы с больным. Даже в легких случаях речь их становится бедной, отражая оскудение ассоциаций. Отвечают односложно, переживаний не раскрывают. Сами ответы обычно носят сугубо формальный характер. Но во время высказываний иногда можно уловить внезапные беспричинные остановки посреди фразы, даже на полуслове, когда мысль еще не закончена. Это — внезапные перерывы в ассоциативном процессе («шперрунги», т. е. преграды, задержки). Подростки могут сами подтверждать «провалы в мыслях». Иногда же мысль вдруг, без оснований, отклоняется в сторону («соскальзывания» с темы).

В подростковом возрасте обычно не приходится встречать выраженной речевой бессвязности, когда из-за обилия шперрунгов и соскальзываний речь превращается в набор из обрывков фраз. Зато склонность к неологизмам — словотворчеству в виде вычурных малопонятных слов — для подростков более характерна.

В двигательной активности могут появляться стереотипии. Постукивания или покачивания ногой, потирания руками, покашливания, отрывистые смешки и т. п. могут повторяться подолгу и по многу раз изо дня в день. Подобные стереотипные движения рассматриваются как стертые кататонические симптомы [Ковалев В. В., 1985].

Одним из характерных стереотипных действий, обычно возникающих во время беседы с больным, когда к нему

обращаются с вопросами, бывает долгое и пристальное разглядывание кистей своих рук, которые поворачивают к своему взору то тыльной, то ладонной, то боковой стороной.

Стойкие бредовые идеи и галлюцинации отсутствуют. Изредка бывают отдельные бредовые высказывания или слуховые галлюцинации в виде окликов по имени. Однако больные могут настораживаться, когда их расспрашивают об идеях отношения, дисморфоманических или ипохондрических переживаниях, хотя и отрицают их. Возможно, что какая-то предуготовленность к возникновению подобных бредовых идей имеется, так как вопросы о других видах бреда (воздействия, преследования и т. п.) оставляют больного совершенно равнодушным.

Дифференциальный диагноз необходим с астеноанергическим синдромом при неврозоподобной вялотекущей шизофрении и с астенопатическим типом депрессии при шизо-аффективных и реактивных психозах (табл. 14), а также с редко встречающимся заболеванием — демиелинизирующим склерозирующим лейкоэнцефалитом. В последнем случае с самого начала преобладает резкая истощаемость при выполнении любых заданий; рано появляется ослабление памяти, а затем присоединяются афазии, алексия, аграфия.

В подростковом возрасте астеноанергический синдром — эндогенная юношеская астеническая несостоятельность J. Glatzel — G. Huber (1968) — может предшествовать апатоабулическим расстройствам при простой форме. Астенопатической депрессией, кроме фазы шизоаффективного (реже — маниакально-депрессивного) психоза, могут проявляться субдепрессивная фаза при циклотимии, реактивные депрессии на фоне эмоционально-лабильной, сенситивной и шизоидной акцентуаций характера в преморбиде, а также эндореактивные депрессии при циклоидной акцентуации [Личко А. Е., 1979, 1985].

К сведениям, приведенным в табл. 14, можно добавить, что апатоабулические расстройства удерживаются годами, полные ремиссии бывают редко, но эти расстройства могут сменяться другими синдромами прогрессивной шизофрении. Астеноанергический синдром можно наблюдать на протяжении нескольких месяцев. В дальнейшем либо наступает ремиссия, либо на смену приходят апатоабулические расстройства. Длительность апатической депрессии чаще всего составляет несколько недель, но изредка под влиянием психотравмирующей ситуации она может затягиваться на многие месяцы.

Ниже приводятся иллюстрации использования табл. 14 для дифференциальной диагностики между апатоабулическим, астеноанергическим синдромами и астенопатической

депрессией.

Дмитрий П., 17 лет. Отец болен параноидной шизофренией. Оставил семью, когда сыну было 3 года. Воспитывался бабушкой. С детства был активен, подвижен, общителен, имел приятелей. В школьные годы увлекался самбо и поделками из дерева. Учился вполне удовлетворительно, но без особого интереса.

В возрасте 15—16 лет стал постепенно меняться. Забросил спорт и увлечение поделками. Перестал гулять с ребятами. Ничего не читал. Сперва смотрел телевизор все свободное время, затем ничем не был занят. В школе становился все более пассивным, успеваемость резко снизилась, на уроках отказывался отвечать. Домашних заданий не выполнял. Последние 2—3 мес совершенно замкнулся, с матерью и бабушкой почти не разговаривал. Все дни просиживал в своей комнате, ничего не делая. Перестал мыться, за одеждой не следил. Ел мало и неохотно. При поступлении в подростковую психиатрическую клинику был вял, пассивен, кратко и формально отвечал на вопросы., Бреда и галлюцинаций не обнаружил. К госпитализации отнесся с полным безразличием. Ушел в палату, не простившись с матерью, не заметив ее слез. В больнице был совершенно бездейтелен, пассивно подчинялся режиму, сидел в стороне от сверстников.

С врачом контакт был сугубо формальным. Никакой инициативы в беседе не проявил. Нехотя отвечал, на вопросы. Лицо было маловыразительным, голос — монотонным. Настроение характеризовал как обычное. Бреда и галлюцинаций выявлено не было. Во время беседы смотрел в сторону или разглядывал кисти своих рук.

Проводилось лечение небольшими дозами трифтазина (до 15 мг в сутки). Постепенно сделался живее, активнее, стал общаться с подростками, принимать участие в развлечениях и трудовых процессах. На свидании приветливо встречал мать, начал тяготиться больницей.

С врачом легко вступал в контакт. Критика к перенесенному состоянию была довольно формальной. Считал,, что теперь снова стал таким же, как прежде. Хотел дублировать класс, чтобы было легче заниматься. Охотно согласился перейти в вечернюю школу. Будучи в домашнем отпуске, помогал матери, ходил в кино. Патопсихологическое обследование не проводилось. При патохарактерологическом обследовании диагностирован смешанный истероидно-эпилептоидный тип (не соответствует данным катамнеза и наблюдения за поведением). Установлен признак дискордантности характера (выраженная

реакция эмансипации/психа-стеничность).

Дифференциально-диагностические критерии соответствия апатоабулическому синдрому при простой форме шизофрении (см. табл. 14): жалобы (не высказывает), эмоциональные нарушения (голос без модуляций, гипомимия, разглядывание кистей своих» рук), активность (резко снижена), интересы (утрачены), общительность (замкнутость, уединение), учеба и труд (постепенно забрасывается), отношение к близким (безразличие), к приятелям (потерял прежних, новых не заводит), отношение к одежде, опрятность (не мылся, не следил за одеждой), длительность и прогноз (нарушения нарастали исподволь, ремиссия частичная).

Диагноз. Шизофрения. Простая форма. Апатоабулический синдром.

Катамнез через 9 лет. Еще один раз поступал в психиатрическую больницу в возрасте 19 лет, когда прервал поддерживающую терапию трифтазином. В остальное время получал малые дозы трифтазина или мажептила. Работал дворником, разносчиком телеграмм, затем плотником. Женился на женщине значительно старше себя, которая его опекает. Имеет ребенка. Свободное время проводит дома, помогая жене или работая на приусадебном участке дяди.

Евгений Т., 17 лет. Дядя по отцу был крайне замкнут, отличался странностью. Других данных о наследственной отягощенности психическими расстройствами нет.

С детства замкнут, любил одиночество. С 10 лет/увлекается астрономией, много читал, хорошо информирован в основах этой науки. В школе учился неровно — хуже давались гуманитарные предметы. По окончании 10 классов школы поступил на математический факультет университета (по специальности — астрономия). Для этого приехал в Ленинград к тетке. На первом же курсе стала постепенно нарастать тревога. Почувствовал, что «утратил способность осмысления» — плохо понимал речь людей, суть прочитанного доходила с большим трудом, стало казаться, что у всех слов есть какой-то второй скрытый смысл. Мысли расплывались, стало трудно заниматься. Пытался «побороть себя» усиленными занятиями, но успеваемость резко снизилась. Начало казаться, что однокурсники его в чем-то подозревают, считают его дураком. Замечал подозрительные взгляды посторонних людей. Раздумывал, почему бы это, но ни к какому выводу не пришел. Казалось, что он мог где-то в ответственный момент сказать какие-то «ветреные фразы», боялся, что из-за этого о нем «пойдет дурная слава».

Во время экзаменационной сессии тревога резко возросла, все

время «думал», заниматься не мог. Настроение снизилось. По настоянию тетки обратился к психиатру. Заскучал по дому, телеграммой вызвал к себе отца.

При поступлении в психиатрическую больницу признался, что были суицидные мысли, обдумывал способ самоубийства, но никакого решения принять не мог. Повторял упомянутые жалобы о «затруднении осмысления», «непонимании слов людей». Идеи отношения были неотчетливы — сомневался, действительно ли его в чем-то подозревали, считали дураком и т. п. или ему это только показалось. Других бредовых идей не высказывал, галлюцинаций не обнаруживал.

В отделении держался довольно спокойно, общался с интеллектуальными сверстниками. С врачом охотно беседовал, сетовал на то, что не может словами передать, что творится с его мышлением. Искал сопереживания. Был склонен к резонерству и витиеватому изложению мыслей. Мимика и интонации голоса достаточно живые.

При патопсихологическом обследовании отмечена некоторая «разноплановость мышления». Актуализации несущественных признаков не выявлено. При патохарактерологическом обследовании диагностирован смешанный сенситивно-шизоидный тип, выявлена дискордантность характера (шизоидность/циклоидность).

Физическое развитие с нерезко выраженными чертами инфантилизма.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия астеноанергическому синдрому (см. табл. 14): предъявляемые жалобы (затруднение понимания и усвоения услышанного и прочитанного), эмоциональные нарушения (только сниженное настроение), голос, мимика, движения (без изменений), активность (сперва усиленными занятиями пытался побороть свою несостоятельность), общительность (заметно не изменилась), нарушения мышления (только склонность к резонерству и витиеватому изложению мыслей при обилии жалоб на его нарушения), бред и галлюцинации (только нестойкие идеи отношения), сон, аппетит (нарушения сна), отношение к близким (эмоциональное, вызвал отца), отношение к одежде (опрятность сохранена), преморбидные особенности (шизоидные черты).

Диагноз. Вялотекущая неврозоподобная шизофрения.
Астеноанергический синдром.

Катамнез. После лечения небольшими дозами трифтазина (до 20 мг в сутки) состояние значительно улучшилось. Был выписан

из больницы и уехал к родителям. Там настроение было ровным, много гулял, читал беллетристику, слушал музыку, но от учебных занятий категорически отказывался («мне надо отдохнуть»). Через год возобновил учебу в университете. Через 2 года наступил рецидив с прежней симптоматикой, снова был госпитализирован, лечился трифтазином и мажептилом. Наступила хорошая ремиссия. На поддерживающей терапии малыми дозами мажептила окончил университет. Работает по специальности, живет с родителями, замкнут, увлечен только работой.

Сергей Г., 16 лет. Бабушка и дядя со стороны отца перенесли психозы. Отец страдает хроническим алкоголизмом, дважды лечился в психиатрической больнице.

В детстве был живым, общительным, но робким и застенчивым. В 10 лет черепно-мозговая травма с легкой коммоцией. Учился удовлетворительно. После 8 класса поступил в ПТУ. Увлекался радиотехникой и спортом, особенно нравилась игра в регби.

Полгода назад повторная легкая черепно-мозговая травма без потери сознания. Сразу вслед за ней ухудшилось настроение, появились необычная вялость и безразличие ко всему («потерял всякую цель»). Бросил занятия спортом, а затем и учебу в ПТУ. Целые дни дома валялся на диване, ничем не мог заняться, даже любимым радиоделом, «все отпадало от рук». По утрам чувствовал себя особенно вялым, неспособным что-нибудь сделать. Раздумывал о своей неспособности, мелькали суицидные мысли, но никаких попыток не предпринимал. Сон не давал отдохновения, ел без аппетита. По настоянию матери был осмотрен психиатром и госпитализирован.

В больнице первые дни состояние без изменений. Валялся в постели, ничем не интересовался, слушал, что говорят вокруг, но сам в беседы не вступал. В беседе с врачом отвечал медленно и неохотно, инициативы не проявлял. Подтвердил утрату «всех интересов», но сказал, что скучает по дому и матери. На лице выражение уныния. Чувство тоски или тревоги отрицал.

Через 3 дня после начала лечения мелипрамином развилось гипоманиакальное состояние с дурашливостью.

Патопсихологическое обследование не проводилось. При патохарактерологическом обследовании диагностирован лабильно-циклоидный тип с чертами сенситивности. Дискордантности характера не выявлено.

Физическое развитие с умеренной акселерацией. При неврологическом осмотре отмечена только повышенная вегетативная лабильность. На ЭЭГ — умеренные диффузные

изменения.

Дифференциально-диагностические критерии соответствия апатической депрессии (см. табл. 14): предъявляемые жалобы (утрата ко всему интереса), голос, мимика, движения (мимика свидетельствует о снижении настроения), активность (резко снижена), интересы (утрачены к тому, что раньше привлекало — радиодело, спорт), нарушения мышления (только замедление), бред и галлюцинации (отсутствуют, мимолетные идеи самообвинения), сон, аппетит (неосвежающий сон, ел без аппетита), учеба и труд (работоспособность резко упала), отношение к близким (теплое к матери), длительность (фазы по несколько недель).

Диагноз. Атипичный аффективный психоз. Перенес депрессию апатического типа, сменившуюся гипоманиакальным состоянием.

Катамнез. На протяжении последующих 2 лет перенес две депрессивные (меланхолическая депрессия, снова апатическая депрессия) и три гипоманиакальные фазы, каждая из которых длилась 1—3 нед. Проводится поддерживающая терапия карбонатом лития. Последние полгода фазы более не повторялись. В интермиссии продолжал учебу в ПТУ, личностных изменений нет.

Простая форма

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Эпидемиологические данные, приведенные Н. М. Жариковым (1972, 1977), отчетливо указывают на то, что манифестация простой формы шизофрении в большинстве случаев приходится на подростковый и юношеский возраст. Имеются даже сведения, что 36 % дебютов падает на возраст 14—15 лет [Левит В. Г., 1965], т. е. на разгар полового созревания. Злокачественный вариант простой формы, завершающийся выраженным дефектом, встречается вдвое реже, чем нерезкие изменения личности [Жариков Н. М., 1972].

Таблица 14. Дифференциально-диагностические критерии при апатобулическом синдроме

Критерии	Апатобулический синдром	Астеноанергический синдром («эндогенная юношеская астеническая несостоятельность» Глатцеля-Хубера)		Астенопатическая депрессия
		Астеноанергический синдром	Астенопатическая депрессия	
Предъявляе	По своей	Активно	Жалуются на	

мые жалобы	инициативе обычно не высказывают. При настойчивых расспросах могут подтверждать трудности сосредоточения , «задержки» мыслей, «пустоту в голове», снижение прежних интересов	жалуются на трудность понимания и усвоения прочитанного и услышанного, невозможность сформулировать мысль, «додумать до конца» и т. п.	скуку, хандру, уныние, потерю интереса ко всему
	Выражено отчетливо в виде безразличия к окружающему, холодности к близким. Могут быть явно неадекватные эмоциональные реакции	Кроме сниженного настроения, заметных эмоциональных изменений не наступает	Отсутствуют положительные эмоции. Неприятности вызывают усиление астении, апатии, бездеятельности , а укоры и нарекания — раздражительно сть, аффективные вспышки
Голос, мимика, движения	Голос беден эмоциональным и модуляциями. Лицо гипомимично, временами может искажаться грубыми grimасами. Встречаются двигательные стереотипии. Симптом разглядывания кистей своих рук	Без существенных изменений	Угнетенное настроение больше сказывается на интонациях голоса, мимике, жестах, чем выступает в жалобах
Активность	Всегда резко снижена.	Вначале усиленной	Заметно снижена.

	Возможны внезапные импульсивные двигательные акты	активностью пытаются побороть ощущение несостоятельности, но выявляются несобранность, беспорядочность, неумение спланировать время	Импульсивной активности не бывает
Агрессивность	Могут быть импульсивные агрессивные акты в отношении как близких, так и посторонних лиц	Агрессивность не характерна	Под действием укоров и нареканий со стороны, при унижении перед сверстниками способны на аутоагрессивные реакции, включая серьезные суицидные действия
Интересы	По поведению видно, что интересы постепенно утрачиваются ко всему, кроме вкусной еды	Могут страдать прежние интеллектуальные интересы и заменяться более примитивными развлечениями	Сами жалуются на утрату интереса ко всему, что ранее привлекало
Общительность	Появляются и нарастают замкнутость и отгороженность от окружающих и даже от близких. Склонность к уединению	Заметно не нарушена. Иногда жалуются на трудность в установлении контактов	Резко ограничиваются кругом близких родных и друзей. Новых знакомств и компаний сверстников избегают
Нарушения мышления	Очевидны во время беседы с больным: бедность речи, скудность ассоциаций, «задержки», «соскальзывания	Проявляются описанными выше жалобами. Во время беседы выступает лишь склонность к резонерству, витиеватому	Нерезко выраженное замедление: ответы даются с небольшой задержкой

	я», неологизмы, вплоть до разорванной речи	изложению мыслей	
Сексуальная активность	Обычно ограничивается онанизмом. Изредка — импульсивная сексуальная агрессия. Утрачивается чувство стыда	Снижена. Онанизм может стать предметом волнений — ему приписывается интеллектуальна я несостоятельнос ть	Снижена. Онанизм может стать поводом для самобичеваний
Учеба и труд	Постепенно забрасываются	Поначалу усиленными многочасовыми занятиями стараются побороть свою несостоятельнос ть, затем интеллектуальны е занятия вызывают отвращение	Пытаются заставить себя работать и заниматься, но продуктивность резко падает
Отношение к близким	Безразличное ил» холодно — враждебное	Чаще без существенных изменений. Иногда донимают своими жалобами	Обычно — теплое, ищут поддержки и участия, но при укорах раздражаются, дают аффективные вспышки
Отношение к приятелям	Теряют прежних приятелей из-за неспособности поддерживать контакты. Новых знакомств не заводят. Сопереживания не ищут	Обособляются от сверстников из- за своих переживаний. Охотно контактируют с теми, у кого находят сопереживание	Сохраняют привязанность к прежним близким друзьям
Отношение к одежде, опрятность	Не следят за одеждой и прической. Неряшливы. Перестают	Элементарная опрятность и чистоплотность сохранены	Предпочитают неброскую привычную одежду. Чистоплотность

Преморбидные особенности	мыться, чистить зубы. Нарастает нечистоплотность	сохранена. За костюмом и прической могут не следить	
	Наиболее часто встречается тип «пассивного шизоида» и конформный тип акцентуации характер	Часто шизоидная или психастеническая акцентуация характера	Часто гипертимная, циклоидная или эмоционально-лабильная акцентуация характера

По нашим данным, среди 540 подростков мужского пола, у которых были диагностированы прогрессивная и вялотекущая шизофрения и шизоаффективный психоз, простая форма была установлена у 118 больных, т. е. в 21 %. Среди этих 118 больных лишь в 19 % заболевание сразу манифестировало апатоабулическим синдромом; в 49 % ему предшествовали выраженные психопатоподобные расстройства, в особенности синдромы неустойчивого поведения и нарастающей шизоидизации; в 18 % простая форма сменила неврозоподобный дебют; в 12 % — астеноанергический синдром, и лишь в 2 % произошла трансформация параноидной шизофрении в простую форму.

Переход простой формы в другие (параноидную, гебефреническую, приступообразно-прогрессивную) в подростковом возрасте представляет большую редкость.

Клиническая картина сводится к описанному апатоабулическому синдрому. Различия в основном касаются, степени его выраженности. В наиболее развернутом виде этот синдром представлен при злокачественной юношеской шизофрении [Наджаров Р. А., 1965]. Возможно, есть смысл выделять «классический» и «продуктивный» варианты простой формы [Бажина В. А., 1971], относя к последнему случаи с редкими эпизодами галлюцинаций и бредовых высказываний.

Течение без активного лечения в прошлом было малоблагоприятным. Чаще всего формировался выраженный дефект, реже наблюдались остановка процесса с частичной ремиссией или переход в другую прогрессивную форму шизофрении [Cornu F., 1958]. Когда появились нейролептики с активирующим действием, стало преобладать более благоприятное течение с остановкой процесса на стадии нерезко выраженных изменений личности и частичной ремиссией с возможностью определенной социальной адаптации, правда, на сниженном уровне. Это послужило поводом для того, чтобы подобные случаи отнести к мало-

прогредиентной форме под названием «бедной симптомами шизофрении» [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983].

Инвалидность, по данным отдаленных катамнезов, устанавливается в 27 % при нерезко выраженных изменениях личности и в 70 %, когда эти изменения значительны [Жариков Н. М., 1972].

Апатоабулический тип ремиссии

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Этот тип ремиссий у взрослых под названием апатического типа был описан Г. В. Зеневичем (1964) и, по его данным, составляет 11 % от общего числа ремиссий. Все взрослые при этом типе ремиссии имели инвалидность, в том числе I группу — 11 % II группу — 68 %, III группу — 21 %.

Картина этого типа ремиссии у подростков существенно не отличается от описания ее у взрослых. По сути дела, она представляет собой апатоабулический синдром в смягченном виде. Такие подростки отличаются постоянным равнодушием, бездеятельностью, отсутствием инициативы. Предоставленные самим себе они обычно ничем не заняты. Но при постоянном побуждении со стороны справляются с простой домашней работой, могут участвовать в несложных, не требующих никакой личной инициативы, трудовых процессах, иногда даже в домашних условиях по весьма облегченной программе способны продолжать школьное обучение. Правила личной гигиены и достаточная опрятность соблюдаются только, если кто-то из близких постоянно контролирует подростка.

Нередко обнаруживается чрезмерная пассивная подчиняемость не только членам семьи, но и совершенно посторонним людям. В силу этого подростки могут быть вовлечены в асоциальные компании и там использованы в неблагоприятных целях, вплоть до социально опасных действий.

Чаще же с посторонними необщительны, предпочитают привычный и формальный круг контактов. К каким-либо развлечениям и занятиям особого интереса не проявляют. Дома больше пассивно смотрят телевизор без разбора передач.

Сексуальная активность обычно ограничивается онанизмом.

Ремиссии этого типа могут быть длительными. Они наблюдаются не только при простой форме шизофрении как отчетливое ослабление апатоабулических расстройств, но и могут сменять синдромы параноидный, острый полиморфный, гебефренокататонический.

Апатоабулический тип

Шизофрения у

дефекта

подростков

Личко А.Е.

Данный тип дефекту у взрослых детально описан И. Т. Викторовым (1968). В зависимости от его тяжести, были выделены 3 степени, а в качестве критериев их разграничения взяты «распад критического самосознания» и «аутизация личности». I степень с полукритическим отношением к болезни и сохранением трудовых навыков можно было бы отнести к неполной ремиссии апатоабулического типа. При II степени простой труд возможен только под постоянным контролем персонала (т. е. в лечебных мастерских), а при III — невозможен вовсе.

Разграничение неполных ремиссий от дефектных (исходных, резидуальных) состояний у подростков составляет нелегкую задачу, особенно если заболевание манифестировало в этом же возрасте, а вся картина сводилась к апатоабулическим расстройствам. При детской шизофрении, как правило, формируется олигофреноподобный дефект [Вроно М. Ш., 1971; Сухарева Г. Е., 1974; Башина В. М., 1986].

С нашей точки зрения, о дефектном (резидуальном) состоянии у подростков с картиной апатоабулических расстройств рационально говорить, когда случаи удовлетворяют двум условиям. Во-первых, подобные расстройства должны быть ярко выражены, препятствовать социальной адаптации (учеба невозможна, к трудовым процессам удастся привлечь только в условиях лечебно-трудовых мастерских или на дому и то далеко не всегда). Во-вторых, столь тяжелый апатоабулический синдром должен быть весьма устойчивым, не поддаваться интенсивному лечению современными психотропными средствами, включая использование приемов преодоления резистентности к ним, и сохраняться без заметного улучшения не менее 2 лет. Как правило, в таких случаях оформляется инвалидность II группы. Такой же двухлетний срок стабильного состояния с «тупым и неадекватным аффектом, уходом от социальных контактов, эксцентричным поведением, нелогичным мышлением с потерей ассоциаций» предусматривается американским руководством DSM-III (1980) как необходимое условие для диагностики «хронического резидуального типа шизофренического расстройства» у взрослых.

Глава 8. Гебефренический и кататонические расстройства. Определение и систематика.

Шизофрения у

подростков

Личко А.Е.

В прошлом столетии кататония [Kahlbaum K., 1874] и гебефрения [Nesker E., 1871] были выделены как отдельные психические заболевания. Е. Краепелин (1898) стал рассматривать их как формы раннего слабоумия, а Е. Блейлер (1911) включил в рамки шизофрении. Впоследствии кататонический синдром неоднократно был описан как

следствие воздействия на мозг инфекций и интоксикаций и даже воспроизводился экспериментально на животных бульбокапнином и коли-бациллярным токсином [Baruk H., de Jong H., 1929; Buscaino V., 1930].

Гебефренический синдром оказался присущим именно шизофрении, однако возможным при разных ее формах и типах течения [Снежневский А. В., 1939; Кербиков О. В., 1947].

Само название «гебефрения» свидетельствует о том, что данное психическое расстройство свойственно юному возрасту (Hebe — по древнегреческой мифологии — богиня юности; phren — разум). По Е. Неcker (1871), гебефрения начинается в 15—19 лет. Кататонический синдром может развиваться у больных разного возраста, даже в старости, однако он чаще встречался у молодых.

К концу 50-х годов XX столетия, т. е. с периода, когда началось широкое распространение психотропных средств, кататонический синдром стал большой редкостью. Встречаются лишь отдельные кататонические симптомы на фоне острого полиморфного синдрома, астенической спутанности, реже — при параноидных и апатоабулических расстройствах. Но особенно часто кататонические симптомы сочетаются с гебефреническими, что дало основание в последнее время все чаще говорить о едином гебефренокататоническом синдроме [Снежневский А. В., 1983], особенно у подростков [Личко А. Е., 1979, 1985]. Гебефреническим синдромом без выраженных кататонических симптомов чаще проявляется дефектное состояние при злокачественной юношеской шизофрении [Наджаров Р. А., 1965].

В американском руководстве DSM-III (1980) картина, соответствующая гебефрении, названа «дезорганизованным типом шизофренических расстройств». В качестве главных признаков для диагностики приведены инкогерентность и «плоский, нелепый и глупый аффект», а также гримасы, манерность, крайний аутизм и другие странности поведения. Характерными — считаются незаметное начало в молодом возрасте и хроническое безремиссионное течение. Кататонический тип шизофренических расстройств также выделяется этим руководством. В качестве его основных диагностических признаков перечислены ступор, негативизм, мышечная ригидность, двигательное бессмысленное возбуждение и застывание в причудливых позах. Отмечается, что этот тип шизофренического расстройства стал теперь редким в Северной Америке и в Европе.

Несмотря на то, что кататонические расстройства стали редкостью, им до последнего времени уделяется много места в современных руководствах психиатрии. Классификации их

довольно однообразны, все они основываются на прежнем клиническом опыте, почерпнутом еще до появления психотропных средств. Синдром подразделяется на кататонический ступор и кататоническое возбуждение.

Кататонический ступор дифференцируется на несколько видов в зависимости как от особенностей мышечного тонуса и постуральных рефлексов, так и от наличия или отсутствия помрачения сознания.

Ригидный кататонический ступор отличается постоянным оцепенением в эмбриональной позе и крайним напряжением мышц. Попытки пассивных движений лишь усиливают это напряжение. Только во время глубокого сна мышечное напряжение спадает.

Каталептический ступор проявляется восковой гибкостью мышц. Голова, руки, ноги застывают в той позе, которую им придают. Как бы неестественна ни была эта поза, она довольно долго удерживается.

Негативистский кататонический ступор характеризуется обездвиженностью с. резким противодействием любым пассивным движениям, любым попыткам переменить позу (растормаживание постуральных рефлексов).

Онейроидной кататонией обозначают ступорозное состояние, которое сочетается со сновидными грезоподобными переживаниями, о которых больные рассказывают впоследствии, когда выходят из ступора. Во время этого состояния контакт с больным затруднен, а если и удастся, то выясняется, что происходящее вокруг плохо доходит до сознания больного, воспринимается в искаженном виде, включается в сноподобные фантазии. Ориентировка в окружающем бывает недостаточной. Впоследствии лишь отдельные события сохраняются в памяти — рецепторный ступор по А. Г. Иванов-Смоленскому (1934).

Люцидная кататония представляет собой иное ступорозное состояние, во время которого сознание почти не помрачается. По миновании ступора больные правильно рассказывают о том, что происходило вокруг; по голосам знают персонал и своих соседей по палате, даже оказываются приблизительно ориентированными во времени. Торможение в этих случаях довольно избирательно охватывает двигательную систему — эффекторный ступор по А. Г. Иванову-Смоленскому (1934). Однако у таких больных в некоторых случаях обнаруживается парциальная амнезия в отношении собственных движений и своего поведения. Больные не отдают себе отчета в своей полной обездвиженности в течение длительного времени, не помнят вспышек собственного импульсивного возбуждения, которым

иногда прерывается на короткое время этот вид ступора.

Кататоническое возбуждение предшествует развитию ступора (тогда оно может длиться в течение нескольких часов или нескольких дней) или прерывает ступор на короткое время (минуты, часы, реже — дни). Движения импульсивны, неестественны, манерны, причудливы, порой неистовы. Всему оказывается бессмысленное сопротивление. К любому попавшему на глаза человеку или предмету может проявиться внезапная безудержная агрессия, неудержимая ярость, стремление все бить и крушить. Часто срывают с себя одежду. Речь может состоять из грубой брани или экзальтированно-патетических возгласов, повторения одних и тех же фраз (вербигерация) или услышанных слов окружающих (эхолалия), или вообще отсутствовать, т. е. двигательное возбуждение может сочетаться с мутизмом.

Довольно редкие случаи развернутой картины кататонического ступора и возбуждения у подростков не отличаются от многочисленных описаний этих картин у взрослых. Онейроидная кататония чаще всего возникает на высоте маниакальных фаз при шизоаффективном психозе. При депрессиях, а также во время приступов при шубообразной шизофрении у подростков она возникает гораздо реже.

Гебефренический синдром характерен именно для подросткового возраста и обычно знаменует злокачественное течение шизофрении. Как правило, на фоне этого синдрома встречаются отдельные кататонические симптомы, поэтому правомерно обозначать его как гебефренокататонический [Снежневский А. В., 1983] или кататоно-гебефренический [Личко А. Е., 1979, 1985].

Злокачественную юношескую шизофрению принято подразделять на гебефреническую, простую и параноидную [Наджаров Р. А., 1965]. Но при двух последних вариантах также нередко встречаются отдельные гебефренические симптомы, особенно когда болезнь уже значительно продвинулась в сторону дефекта.

Основываясь на сказанном, в данной главе будет дано описание гебефренокататонического синдрома и гебефренического типа дефекта, а также онейроидного ступора и субступора. Последние, как указывалось, характерны для шизоаффективных психозов у подростков. Гебефренокататонический синдром и гебефренический тип дефекта присущи злокачественной юношеской шизофрении.

**Гебефренокататонический
синдром**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

По нашим данным, этот синдром в подростковом возрасте встречается относительно редко — 12 % случаев прогрессирующей шизофрении (т. е. за исключением вялотекущей шизофрении и шизоаффективных психозов).

Обычно гебефренокататонический синдром развивается постепенно или приходит на смену острому полиморфному синдрому или астенической спутанности. Но ему также может предшествовать психопатоподобный дебют, особенно с картиной синдромов истероидного или неустойчивого поведения. В редких случаях начало бывает острым с резкого кататонического возбуждения, за которым следует состояние ступора, а по его минованию на первый план выступают гебефренические симптомы.

К гебефреническим симптомам, которые всегда преобладают при данном синдроме, относятся нелепая дурашливость-, грубое кривлянье, манерность, утрированные гримасы, нарочито карикатурное детское поведение — в последнем случае больной ведет себя как плохой актер, играющий роль ребенка.

Характерна особая «холодная» эйфория. Гримасы заменяют улыбку. Неприятный смех, просто нелепое хихиканье или безобразный дикий хохот без всякой причины производят на окружающих тягостное и даже жуткое впечатление. Гебефренический смех, в отличие от маниакальной веселости, не заражает, не способен вызвать ответную улыбку.

Речь больного отличается экзальтированно-патетическим тоном или нелепым сюсюканьем. Слова произносятся неестественным голосом. Высказывания часто полны изощренной нецензурной брани. Обнаруживается склонность коверкать слова. Иногда в речи слышится примитивное рифмирование.

Двигательное возбуждение то нарастает, то затихает. Во время него бегают, прыгают, вертятся на месте, кувыркаются, валяются по полу, пристают к другим, походя бьют, порой жестоко, тут же могут лезть целоваться. Обнаруживают беззастенчивую сексуальность. Никого не стесняясь, открыто онанируют. Стремятся схватить проходящих за гениталии.

Больные нечистоплотны, неряшливы и неопрятны. Могут мочиться и испражняться в постели или в одежду. Грубая прожорливость может перемежаться с отказами от еды, расшвыриванием пищи.

Кататонические симптомы, как правило, возникают на фоне гебефренического возбуждения. На короткое время само возбуждение может стать кататоническим — состоять из однообразных стереотипно повторяющихся движений или поведенческих актов, сопровождаться агрессией или

аутоагрессией. Появляются «эхосимптомы»: повторение слов, произнесенных окружающими (эхолалия), их мимических реакций, как бы передразнивание их выражения лица (эхомимия), повторение чужих движений, действий, поступков. (эхопраксия). Еще более выступают ритмическое примитивное рифмование, нелепо-патетические интонации. Повторяются по многу раз одни и те же фразы (вербигерация), один и тот же ответ на различные вопросы (персеверация).

Элементы кататонического ступора чаще всего проявляются застыванием на короткое время в одной позе, иногда довольно нелепой, хотя и принятой самопроизвольно, а не созданной пассивными движениями, как при каталепсии. Если больного окликают, то обычно он меняет позу. Предоставленный самому себе может долго ее сохранять. Выражение лица при этом также не меняется.

Реже возникают настоящие ступорозные состояния (негативистский, ригидный, каталептический ступор, описанный в предыдущем разделе данной главы). Ступор сопровождается полным молчанием. Больной ни сам не говорит, ни отвечает на вопросы других (мутизм). Ступорозные состояния обычно непродолжительны — часы, несколько дней. Парентеральное введение психотропных средств или электрошоков прерывают ступор.

Рудиментарные кататонические симптомы, описанные у детей В. М. Башиной (1980), встречаются при гебефренокататоническом синдроме у подростков. Сюда относятся стереотипно повторяющиеся движения: подпрыгивания при ходьбе, хлопанье в ладоши, выкрикивание отдельных слов, стереотипные гримасы в виде нахмуривания, и т. п. Рудиментарные ступорозные симптомы могут проявляться крайним замедлением движений. Понукание, подталкивание оказываются малодейственными. Речь также становится медленной, тихой; ответы — краткими; высказывания — почти односложными.

При гебефренокататоническим синдроме возможны эпизодические галлюцинации и отдельные бредовые высказывания, притом совершенно нелепые, но они мало сказываются на поведении больных.

Среди вегетативных симптомов иногда наблюдаются повышенное слюноотделение (больные часто плюются, размазывают повсюду слюну) и сальность лица, а также тахикардия.

Дифференциальный диагноз в основном сводится к точной квалификации синдрома как гебефренокататонического, так как

данный синдром присущ именно прогрессирующей шизофрении, особенно ее злокачественной юношеской форме. По мнению Г. Е. Сухаревой (1955, 1974), гебефренические симптомы могут также встречаться у подростков при периодических психозах резидуально-органического генеза. Но в этих случаях двигательное возбуждение с дурашливостью, манерностью, гримасничаньем и т. п. обычно развертывалось на фоне помраченного сознания по сумеречному или аментивному типу. Как указывалось в главе об инкогерентных расстройствах, пубертатный периодический органический психоз с конца 50-х годов XX в. стал большой редкостью. Появление гебефренических симптомов на фоне острого полиморфного синдрома или астенической спутанности служит неблагоприятным признаком большой вероятности злокачественного течения шизофрении.

Гебефреническое возбуждение необходимо отличать от маниакальноподобного при шизоаффективных психозах. В начале болезни на высоте возбуждения это нелегко бывает сделать. Иногда удается заметить, что во время маниакальноподобных возбуждений подростки не утрачивают контакта с окружающим: они довольно живо реагируют на происходящее вокруг, на появление новых лиц, на слова и действия окружающих, хотя реакция может сводиться к приставанию, брани, драке. При гебефреническом возбуждении больные в какой-то степени как бы отрешены от окружающего, могут оставлять без всякого внимания изменения в обстановке, обращения к ним. Иногда реплики на слова других или повторение этих слов вплетаются в речевой поток, но произносятся, ни к кому не обращаясь. По нашему наблюдению, при гебефреническом возбуждении больные могут более реагировать на чье-то намерение уйти, чем на появление новых лиц.

При маниакальноподобном возбуждении, наоборот, внимание привлекает всякий новый объект, появившийся в поле зрения. Аффект при маниакальноподобном возбуждении отличается целостностью. Например, при гневной мании и злость на лице, и бранная речь, и намерение то и дело лезть в драку вполне согласуются друг с другом. При гебефреническом возбуждении можно увидеть «расщепление аффекта»: жестокая агрессия сопровождается хохотом; застывшая нелепая улыбка сочетается с удивленно-испуганным взглядом; брань со стремлением поцеловать; ласковые слова с намерением ущипнуть, ударить.

При кататоническом возбуждении движения и выкрики стереотипно повторяются, мимика невыразительна, зачастую с лица не сходит одна и та же аффективная маска. Однако лишь когда возбуждение спадает, различия между маниакальным и

гебефреническим синдромами становятся очевидными.

Истерический пуэрилизм у подростков также может напоминать гебефренический синдром, но при нем «детское поведение» сочетается с живой эмоциональностью, подвижной выразительной мимикой, а также со стремлением продемонстрировать другим, особенно врачам и персоналу, свою «детскость».

Кататонический ступор, если это состояние не мимолетно, а затягивается на несколько дней и более, приходится дифференцировать с психогенным ступором при реактивных психозах. В настоящее время психогенный ступор в подростковом возрасте чаще всего приходится видеть в обстановке судебно-психиатрической экспертизы, особенно когда подростку за деяния, по поводу которых он привлекается к ответственности, грозит суровое наказание. Следует учитывать, что стрессовая ситуация экспертизы, ожидаемого суда и приговора может оказаться психогенным провокатором для шизофренического процесса. При реактивных психозах чаще встречаются довольно продолжительные субступорозные состояния [Наталевич Э. С., Посохова В. И., 1982]. В этих случаях не бывает ни каталепсии, ни мышечной ригидности. Имеется обездвиженность или крайнее замедление движений, сочетающееся со сниженным мышечным тонусом. Обычно наблюдается полный или почти полный мутизм. Вместе с тем расспросы о психотравмирующей ситуации вызывают довольно выраженные вегетативные реакции. Краснеет лицо, из глаз ручьем текут слезы, учащается пульс, резко меняется ритм дыхания. Скорбная или тревожно-испуганная мимика свидетельствует о депрессии (депрессивный ступор).

Гебефренический тип дефекта

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Данный тип дефекта проявляется картиной устойчивого гебефренического синдрома, который удерживается не менее чем в течение полугода, не уступая и не смягчаясь заметно под действием самого интенсивного лечения антипсихотическими нейролептиками с использованием приемов, направленных на преодоление резистентности к этим средствам.

Помимо гебефренической симптоматики, отмечается своеобразная остановка психического развития; которая особенно заметна, когда гебефренический синдром удерживается в течение нескольких лет.

Психическое развитие как бы останавливается на том этапе, когда манифестировало психическое заболевание. Если с больным удастся вступить в контакт, то, например 17-летний подросток отвечает так, как это делает 12—13-летний.

Соответственно этому могут сохраняться какие-то детские интересы, возможность беседовать только о тех предметах, информация о которых была получена в возрасте, предшествующем началу болезни (сказки, детские книжки, приключенческий жанр и т. п.).

В некоторых случаях можно встретить феномен, названный «жизнью в прошлом» [Абрамова Л. И., Цуцульковская М. Я., Элиава В. Н., 1982]. Больные занижают свой возраст, называют тот календарный год, когда заболели, считают, что события, предшествовавшие заболеванию, «были совсем недавно». Острый период болезни, особенно с выраженным психомоторным возбуждением, может быть частично амнезирова́н.

При гебефреническом типе дефекта всегда проявляются отчетливо апатоабулические расстройства. Двигательная активность слабеет, вспышки психомоторного возбуждения делаются все более редкими и проявляются в более стереотипной форме. Нарастает эмоциональное оскудение, достигающее степени полной эмоциональной тупости.

Гебефренический тип дефекта у подростков может быть следствием еще в детском возрасте начавшейся шизофрении, но может также явиться завершающим этапом злокачественной юношеской формы.

Синдром онейроидного ступора и субступора

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Этот синдром в подростковом возрасте чаще всего возникает при шизоаффективных психозах, особенно вслед за маниакально-подобными состояниями, при которых экстаз с восторженным выражением лица и патетическим тоном малосвязных высказываний сочетается с относительной малоподвижностью. Реже онейроидному ступору предшествует кататоническое возбуждение. Еще реже онейроидный ступор развивается на высоте депрессивных фаз шизоаффективного психоза.

Подобные состояния были названы онейроидной кататонией [Молохов А. Н., 1936], поскольку в первой половине XX столетия гораздо чаще встречались выраженные ступорозные состояния. Но еще тогда было отмечено, что глубокие степени ступора (ригидный, негативистский) для онейроидной кататонии не характерны.

В настоящее время у подростков онейроидные переживания обычно развиваются при неглубокой мышечной заторможенности, точнее — обездвиженности, которое правильнее расценивать как субступорозное состояние. Больные

лежат в постели в позе спящих. На лице застывшее выражение блаженного восторга, а иногда и страха. При обращении могут вообще не реагировать, как будто видят сон, но пробудиться их невозможно. Могут отвечать как бы автоматически, отмахиваются, гонят от себя. Указания совсем не выполняют или делают требуемое (повернуться, открыть глаза, показать язык, проглотить пищу, подаваемую с ложки) после многих повторений и понуканий. Пассивным движениям обычно сопротивления не оказывают. В какие-то моменты может появляться симптом восковой гибкости: конечности или голова застывают в приданной им позе, однако подобное положение удерживается лишь короткое время. Усаженные часто застывают надолго в одном положении с отрешенным видом.

В период обездвиженности расспросить о характере, онейроидных переживаний трудно. О них можно догадываться по отдельным репликам. Иногда удается получить короткие ответы, подтверждающие наличие сноподобных фантазий. Подробно о них больные рассказывают по миновании состояния обездвиженности или при его прерывании посредством внутривенного вливания 2—5 мл 5 % барбитала. Подростки охотно описывают свои фантастические грезы, содержание которых вполне соответствует признакам онейроидного синдрома [Mayer-Gross W., 1924]. Фантазии носят яркий красочный характер, это — подвижные, быстро меняющие друг друга сцены, иногда логически не связанные друг с другом, чем они сходны со сновидениями. Фантастические персонажи могут разговаривать друг с другом и даже обращаться к подростку. Но с обонятельными обманами во время онейроидных переживаний сталкиваться не приходилось.

В отличие от делирия, во время онейроида больной никогда не предпринимает активных действий — не убегает от преследователей, не ищет насекомых, не ловит крыс и т. п. Отношение больного к онейроидным переживаниям напоминает восприятие зрителя, захваченного тем, что ему показывают. Так, например, 17-летний подросток сравнил эти переживания с увлекательным кинофильмом, когда «забываешь, что ты в кино, и живешь вместе с героями картины».

Содержание онейроидных переживаний определяется в основном двумя типами аффектов — экстазом или страхом (смотрят «фантастические фильмы» и «фильмы ужасов»). Один из этих аффектов может удерживаться постоянно или они могут перемежаться. Фабула же зависит от веяний времени, прежних увлечений подростка, рассказней, бытующих в компании его сверстников. Полеты в космос, жизнь инопланетян, увлекательные путешествия, сюжеты, почерпнутые из фантастических книг и детективных фильмов и романов представляются на фоне экстаза. Катастрофы, ядерные взрывы,

гигантские цунами, обрушивающиеся на города, землетрясения, массы диких зверей, змей, отвратительных насекомых, которыми кишат дома и улицы, становятся предметом видений на фоне аффекта страха. Чувство страха при этом своеобразно, оно сочетается с любопытством и своеобразным интересом («сладкая жуть», по словам одного подростка). «Все люди превратились в скелеты. Эти скелеты бегали по городу и теряли свои кости. Было и страшно, и смешно сразу»,— рассказал о своих переживаниях 13-летний подросток.

Происходящие вокруг события могут причудливо вплестаться в содержание онейроидных грез. При этом может наблюдаться симптом «двойной ориентировки» («Когда меня везли в больницу в машине «скорой помощи», мне казалось, что я лечу на космическом корабле, хотя в то же время я знал, что еду в машине»).

В некоторых случаях в грезоподобных фантазиях отчетливо выступает склонность к символическому толкованию окружающего. Подростку 17 лет казалось, что он не в больнице, а в школе, где готовят разведчиков и над которой «шефствуют все виды Вооруженных Сил»: санитар, который носил тельняшку, был «от военно-морского флота»; постовая сестра, сидевшая у переговорного устройства, была «от войск связи»; небольшого роста, крепкого сложения молодой врач — «от космонавтов» и т. п. Символическое изображение могут получать и прежние внутренние конфликты. Перед болезнью 16-летний подросток увлекался одноклассницей, которая склоняла его к половому сношению, а он никак не мог решиться. Во время онейроида ему представилось, что он стоит перед красивой аркой и чей-то голос ему то говорит «войди», то «не входи».

Сексуальные переживания для онейроида не характерны. Во время субступора подростки не онанируют. Лишь иногда можно услышать о возвышенно-эротических фантазиях.

Во время онейроидного ступора и субступора кормить больных часто приходится с рук. Бывают запоры, подолгу не мочатся, реже больные бывают неопрятны — мочатся и испражняются в постель. Выраженных вегетативных нарушений обычно не наблюдается.

Выход из состояния онейроидного ступора может быть как внезапным (его больные сами сравнивают с пробуждением), так и постепенным, когда обездвиженность и сноподобные фантазии то ослабевают, то вновь усиливаются. Есть указания, что становление ремиссий может затягиваться на много месяцев, даже до 1,5—2 лет [Симашкова Н. В., 1986].

***Злокачественная юношеская
шизофрения***

**Шизофрения у
подростков**

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что, вероятно, злокачественная юношеская шизофрения в последние десятилетия стала встречаться реже, чем прежде. В 40-х годах Г. В. Морозов (1950) нашел, что кататонно-гебефренический синдром является вторым по частоте после ипохондрического при шизофрении в возрасте 16—18 лет. В 60-х годах М. Я. Цуцульковская и Т. А. Дружинина (1966) установили, что злокачественная шизофрения составляет 28 % от числа всех случаев непрерывнотекущих форм.

Среди всех случаев шизофрении злокачественная форма составила по данным, опубликованным в 1972 г.,—6,5 % [Жариков Н. М., 1972], а в 1983 г.—4,5 % [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983].

В 63 % злокачественная форма начинается в возрасте 10—19 лет [Жариков Н. М., 1972]; особенно уязвим возраст от 15 до 19 лет. После 30 лет дебюта этой формы представляют большую редкость, на детство также падает лишь 7 %. Именно поэтому данная форма получила название злокачественной юношеской.

Клиническая картина и течение. Злокачественная шизофрения, быстро приводящая к дефекту, была названа «шизокарной» [Mauz F., 1930]. Р. А. Наджаровым (1965) была выделена как особая форма злокачественная юношеская шизофрения. Им же (1972) были сформулированы 6 основных признаков этой формы:

1. Начало в пре- и пубертатном периоде.
2. Появление негативных признаков, в частности «падения энергетического потенциала», эмоциональных изменений и т. п. еще до того, как произошла бурная манифестация процесса.
3. Быстрота развития болезни.
4. «Синдромальная незавершенность» во время манифестации, т. е. психотическая картина включает симптомы из разных синдромов.
5. Резистентность к терапии.
6. Тяжесть конечных состояний, т. е. образование выраженного дефекта.

С нашей точки зрения, среди перечисленных признаков наибольшее диагностическое значение имеют появление негативных признаков до манифестации и резистентность к терапии антипсихотическими нейрорепарантами.

Были описаны также три варианта злокачественной юношеской шизофрении в зависимости от преобладающей симптоматики: 1) гебефрения, при которой выражены не только гебефренические, но и кататонические расстройства; 2) злокачественная параноидная форма; 3) злокачественная простая форма. При гебефрении дефект формируется за год-полтора с момента манифестации, при злокачественной параноидной форме — медленнее, за 2—4 года. На простую форму существует взгляд, что это — «злокачественная шизофрения, остановившаяся на инициальном этапе» [Цуцульковская М. Я., Дружинина Т. А., 1966].

Инвалидность устанавливается у 70 % больных, в том числе у 23 % — инвалидность I группы и у 41 % — II группы [Жариков Н. М., 1972]. Таким образом, около четверти больных нуждаются в неусыпном профессиональном надзоре и уходе и обычно становятся постоянными обитателями психиатрических больниц.

По нашим данным, гебефрения является не только самой частой среди злокачественных форм, но и при других вариантах злокачественной юношеской шизофрении (параноидной, простой форме) в большинстве случаев бывают достаточно представлены гебефренические симптомы. Появление этих симптомов на фоне апатоабулических, кататонических, инкогерентных (острый полиморфный синдром), параноидных и даже психопатоподобных расстройств служит прогностически неблагоприятным признаком.

На фоне апатоабулического синдрома в этих случаях можно видеть не только падение активности, инициативы, растущую замкнутость и отгороженность от окружения, эмоциональное оскудение с бедностью мимики и лишенным эмоциональных модуляций голосом, но и сочетающиеся с ними нелепые бессмысленные поступки. Например, 17-летний подросток испражнился в ботинок и привязал его в комнате к люстре, когда уборная, по его словам, была слишком долго занята. Замкнутость, нежелание вступить в беседу сопровождаются нецензурной циничной бранью или выкрикиванием отдельных фраз. Бедность мимических реакций не исключает нелепых вычурных гримас. Монотонный «деревянный» голос вдруг прерывается неестественными напыщенно-патетическими возгласами.

На фоне параноидных расстройств гебефреническая симптоматика проявляется прежде всего резким несоответствием мимических реакций, интонации голоса, манеры вести себя, содержанию бредовых высказываний. Нелепо хихикая и гримасничая, подросток заявляет, что «слышал, как ребята договаривались, чтобы ночью отрезать ему

половой член». Другой подросток с презрительной миной на лице и величественно-горделивым виде заявляет, что разведка одной из иностранных держав его отравляет, подкладывает яд в его пищу, от которой он чувствует «химический запах и вкус», что, однако, не мешает ему с жадностью эту пищу поглощать.

По данным М. Я. Цуцульковской и соавт. (1982), в 57 % в преморбиде при злокачественной юношеской шизофрении встречается тип личности, названный «образцовым» [Пекунова Л. Г., 1974]. Еще Е. Краепелин (1912) отметил, что о заболевших гебефренией их родители отзывались как об «образцовых детях». Отсюда, видимо, было взято название для преморбидного типа подростков и юношей. Однако вряд ли данный тип подростков заслуживает такого наименования. Это были «домашние дети», послушные и никаких особых беспокойств не доставлявшие. Став подростками, они отличались всегда «правильным» поведением, покладистостью. Однако интересы их были ограничены, они были лишены творческой активности, инициативы. С нашей точки зрения, в таких случаях правильнее говорить о «конформном типе акцентуации характера» [Личко А. Е., 1977, 1983]. Их «образцовость» — результат пассивного усвоения модуса поведения в непосредственном привычном окружении, в собственной семье прежде всего. В неблагоприятном окружении они способны усвоить все манеры асоциального поведения. Возможно, что повышенная конформность к непосредственному окружению в какой-то степени генетически обусловлена. Среди родственников больных злокачественной юношеской шизофренией нередко встречаются лица «без выраженных стигматизированных черт» характера, что их резко отличает от родственников больных малопрогредиентной шизофренией [Шендерова В. Л., 1974].

Глава 9. Формы шизофрении в подростковом возрасте. Сопоставление описанных форм подростковой шизофрении с распространенными клас

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Представляется целесообразным описанные в настоящей монографии формы шизофрении в том виде, как они предстают в подростковом возрасте, сопоставить с известными современными систематиками, в частности с Международной классификацией болезней (9-й пересмотр в адаптированном для использования в СССР виде), с новым проектом этой же классификации (10-й пересмотр), которая в ближайшее время, видимо, вступит в действие, а также с широко используемой в нашей стране систематикой шизофрении, разработанной А. В. Снежневским (1955, 1969) и его школой, которая представлена Р. А. Наджаровым и А. Б. Смулевичем в «Руководстве по психиатрии (1983).

Таблица 15. Вялотекущая шизофрения у подростков в сопоставлении с различными классификациями

е формы у подростков

«Руководства по психиатрии» (1983)

9-й пересмотр, адаптированный для СССР

10-й пересмотр (проект, 1987)

DSM-111 (1980)

Вялотекущая психопатоподобная ,	Малопрогрессирующая (вялотекущая)	295.51. Вялотекущая с психопатоподобной симптоматикой (варианты не выделяются)	F 21.0. Шизотипическое расстройство или F 60. Расстройства личности:	Как форма шизофрении не признается. Ее заменяют: 301. Расстройства личности:
включая синдромы: нарастающей шизоидизации	С нарастающей шизоидизацией	—	F 60.1. Шизоидное	301.22. Шизотипическое
эпилептоидный	С гебоидным синдромом	—	F 60.3. Импульсивное	301.83. Пограничное
неустойчивого поведения	С гебоидным синдромом	—	F 60.2. Диссоциальное	301.70. Антисоциальное
истероидный	С истерическими проявлениями	—	F 60.4. Гистрионическое	301.50. Гистрионическое
Постпроцессуальная псевдопсихопатия	Не выделяется	295.8. Остаточная шизофрения	F 20.5. Резидуальная шизофрения	295.6. Резидуальная шизофрения
Психопатоподобные ремиссии (при непрерывно- и приступообразно-прогрессирующей шизофрении)	Не выделяются	295.8. Остаточная шизофрения	F 20.5. Резидуальная шизофрения•;	295.6. Резидуальная шизофрения
Вялотекущая неврозоподобная,	Малопрогрессирующая (вялотекущая)	295.51. Вялотекущая с неврозоподобной симптоматикой (варианты не выделяются)	Не выделяется	Как форма шизофрении не признается. Ее заменяют:
включая синдромы: дисморфоманический	С синдромом дисморфофобий		F 45.2. Ипохондрический синдром	300.23. Социальная фобия
метафизической интоксикации	Специально не выделяется		Специально не выделяется	Специально не выделяется
аноректический	С синдромом anorexia nervosa		F 50.0. Anorexia nervosa F 50.1. Булимия	307.10. Anorexia nervosa
астеноанергический	Специально не выделяется		Специально не выделяется	Специально не выделяется
обсессивно-фобический	Малопрогрессирующая с явлениями навязчивости		F 42.0 — F 42.2. Обсессивно-компульсивное расстройство	300.30. Обсессивно-компульсивное расстройство
астеноипохондрический	Ипохондрическая шизофрения		F 45.2. Ипохондрический синдром	300.70. Ипохондрия
деперсонализационная	С явлениями		F48.1.	300.60. Деперсонализационное

Астеническая неврозоподобная ремиссия (при непрерывно- и приступообразно-прогредиентной шизофрении)	Деперсонализация	Деперсонализационно-дерезализационный синдром	расстройство
Специально не выделяется	Специально не выделяется	Специально не выделяется	Специально не выделяется

Таблица 16. Шизоаффективный психоз у подростков в различных классификациях

Описанные формы у подростков	Классификация «Руководства по психиатрии» (1983)	Международная классификация болезней		Американская классификация DSM-III (1980)
		9-й пересмотр, адаптированный для СССР	10-й пересмотр (проект, 1987)	
Шизоаффективный психоз	Рекуррентная шизофрения	295.71. Острые психозы при рекуррентной шизофрении	F 36. Шизоаффективные расстройства	295.70. Шизоаффективное расстройство
Синдромы:				
маниакальные	Специально не выделяются	Не выделяются	F 36.0. Шизоманическое расстройство	Разновидности не выделяются
депрессивные			F36.1. Шизодепрессивное расстройство	—
смешанные состояния	-	—	Специально не выделяются	-
онейроидные состояния (ступор, субступор)	Онейроидная кататония	295.23. Кататонический приступ	F 20.2. Кататоническая шизофрения	295.2. Кататоническая шизофрения
Тимопатический тип ремиссии	Тимопатический тип ремиссии	295.72. Ремиссия при рекуррентной шизофрении	F 20.5. Резидуальная шизофрения	295.6. Резидуальная шизофрения

Таблица 17. Непрерывно- и приступообразно-прогредиентная шизофрения у подростков в сопоставлении с различными классификациями

Описанные формы у подростков	Классификация «Руководства по психиатрии» (1983)	Международная классификация болезней		Американская классификация DSM-III (1980)
		9-й пересмотр, адаптированный для СССР	10-й пересмотр (проект, 1987)	
Непрерывно-прогредиентная шизофрения				
Паранойальный дебют параноидной формы	Паранойальная шизофрения (особая форма)	295.53. Вялотекущая паранойальная шизофрения	F 22.0. Бредовое расстройство (паранойя)	297.1. Паранойя
Параноидная форма	Прогредиентная (параноидная) шизофрения	295.31. Параноидная форма (неблагоприятный вариант) 295.32. То же (благоприятный вариант)	F 20.0. Параноидная шизофрения	295.3. Параноидная шизофрения
Параноидный тип ремиссии	Специально не выделяется	Специально не выделяется	F 20.5. Резидуальная шизофрения	295.6. Резидуальная шизофрения
Параноидный тип дефекта	Специально не выделяется	Специально не выделяется	F 20.5. Резидуальная шизофрения	295.6. Резидуальная шизофрения
Приступообразно-прогредиентная шизофрения	Прогредиентная шизофрения	Специально не выделяется	F 20.3. Недифференцированная шизофрения	295.4. Шизофреноформное расстройство (при длительности приступов)

				до 6 мес)
Синдромы: острый гипертоксический	Фебрильная шизофрения (особая форма)	295.82. Острая недифференцированная шизофрения	Специально не выделяется	Специально не выделяется
аментивный и астеническая спутанность	Шубообразная шизофрения, синдромальная незавершенность	294.41. Острые приступы шубообразной шизофрении	Специально не выделяются	Специально не выделяется
острый полиморфный	Шизоаффективная («полиморфная») шубообразная шизофрения	295.42. Транзиторные психозы галлюцинаторно-бредовой и аффективно-бредовой структуры при шубообразной шизофрении	Специально не выделяется	Специально не выделяется
острый параноидный	Прогредиентная шубообразная шизофрения	295.33. Параноидная форма (приступообразно-прогредиентное течение)	F 20.0. Параноидная шизофрения	298.3. Острое параноидное расстройство (при длительности до 6 мес)
Одноприступная шизофрения	Специально не выделяется	Специально не выделяется	F 20х.4. Однократный приступ шизофрении с неполной ремиссией F20х.5. Однократный приступ шизофрении с полной ремиссией	Специально не выделяется
Пубертатный тип приступообразной шизофрении	Специально не выделяется	Специально не выделяется	Специально не выделяется	Специально не выделяется
Простая форма шизофрении	Бедная симптомами шизофрения	295.0. Простой тип шизофрении 295.52. Вялотекущая простая шизофрения	F 21.1. Простая шизофрения	301.22. Шизотипическое расстройство личности
Апатобулический тип ремиссии	Специально не выделяется	295.8. Остаточная шизофрения	F 20.5. Резидуальная шизофрения	295.6. Резидуальная шизофрения (если ранее был психоз более 6 мес)
Апатобулический тип дефекта	Специально не выделяется	295.8. Остаточная шизофрения	F 20.5. Резидуальная шизофрения	То же
Злокачественная юношеская шизофрения	Злокачественная непрерывнотекущая шизофрения	295.1. Гебефренический тип шизофрении	F 20. 1. Гебефреническая шизофрения	295.1. Шизофрения. Дезорганизованный тип
Гебефренический тип дефекта	Специально не выделяется	295.8. Остаточная шизофрения	F 20.5. Резидуальная шизофрения	295.6. Резидуальная шизофрения
Кататония люцидная	Злокачественная приступообразно-прогредиентная шизофрения	295.21. Кататония люцидная как вариант злокачественной шизофрении 295.22. То же, как вариант шубообразной шизофрении	F 20.2. Кататоническая шизофрения	295.2. Кататоническая шизофрения

Определенный интерес может иметь также сравнение с современной классификацией, официально принятой Американской психиатрической ассоциацией — «Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам» (3-е изд., 1980) — DSM-III, так как влияние американской психиатрии в мире становится все большим в сравнении с психиатрией других западных стран.

Сопоставления, касающиеся вялотекущей шизофрении, необходимо осуществлять по синдромам (табл. 15), так как в других систематиках в зависимости от синдрома

квалификация случаев может быть различной. В отношении шизоаффективных психозов возможно более общее разделение на маниакальные, депрессивные и онейроидные состояния (табл. 16). Непрерывно-прогредиентная и приступообразно-прогредиентная шизофрения опять же требует более детального сопоставления с учетом вариантов и преобладающих синдромов (табл. 17).

В итоге можно считать очевидным, что ни одна из существующих систематик шизофрении не может быть признана вполне удовлетворительной. Строго научная классификация форм шизофрении должна была бы основываться на глубоком знании этиологии и патогенеза данного заболевания, которых пока еще нет. Поэтому на каждом этапе развития психиатрической науки в зависимости от накопленных знаний и открывающихся терапевтических возможностей создаются новые рабочие систематики. Удачные из них наиболее полно удовлетворяют задачам практики — определению прогноза, выбору наиболее эффективного лечения и реабилитационных мероприятий.

Глава 10. Психологическая диагностика подростковой шизофрении. Патопсихологическая диагностика.

Главная область патопсихологических исследований при шизофрении — нарушения мышления. Различными приемами стараются среди них выявить те, которые характерны именно для этого заболевания. Из клинических описаний известен целый ряд нарушений мышления, встречающихся при шизофрении,— от склонности к резонерству и витиеватости речи до полной речевой бессвязности («словесный салат»).

Задача патопсихологической диагностики состоит в том, чтобы выявить присущие шизофрении нарушения мышления тогда, когда они еще не выступают отчетливо при клиническом обследовании больного, во время обычной беседы с ним.

Сущность присущих шизофрении нарушений мышления была обозначена как «искажение процесса обобщения» [Зейгарник Б. В., 1962, 1986], основа которого лежит в «актуализации несущественных признаков» [Поляков Ю. Ф., 1972, 1974]. В результате этого при классификации предметов и явлений, при задании исключить неподходящие предметы из набора, при сравнении понятий и при других, используемых для этого приемах [Рубинштейн С. Я., 1970; Блейхер В. М., 1976], выступают причудливость, странность, необычность обобщений. Например, из набора картинок на предложение выбрать пару сходных больной укладывает рядом изображения розы и кошки, так как они «обе издают запах», пренебрегая наличием в наборе других растений и домашних животных.

Однако заключение медицинского психолога о том, что у больного установлено «искажение процесса обобщения», выявлена «актуализация несущественных признаков», имеет весьма относительное диагностическое значение. По данным Б. В. Зейгарник (1986), этот симптом встречается у 67 % больных

шизофренией, но также и у 33 % лиц, страдающих психопатиями. При этом в группу обследованных больных шизофренией вошли в основном пациенты с галлюцинаторно-параноидным синдромом и, видимо, с развернутыми картинами болезни. Какие типы психопатий составили другую группу, не указывалось, но можно предположить, что если бы специально были отобраны случаи шизоидных психопатий, процент обнаружения мог оказаться большим.

По нашим данным, при обследовании с помощью патопсихологических методик 79 подростков, страдающих вялотекущей психопатоподобной и неврозоподобной шизофренией, признаки искажения процесса обобщения, основанные на актуализации несущественных признаков, были отмечены у 37 больных (47 %). Было установлено также [Критская В. П., Мелешко Т. К., 1978], что указанные признаки иногда удается выявить у здоровых родственников больных шизофренией, что дало основание считать данный признак особым свойством преморбида, относящимся, видимо, к *pathos schizophreniae* [Снежневский А. В., 1972], а не Следствием болезненного процесса.

Метод пиктограммы (т. е. задание обозначить несложным рисунком определенные слова) также нередко стал использоваться для выявления искажения процесса обобщения [Лонгинова С. В., 1972; Херсонский Б. Г., 1979]. В этом случае у больных шизофренией выступает чрезмерно формальный, бессодержательный, «выхолощенный» характер используемых обозначений. Например, слово «обман» больной символизирует кружком и дает такое объяснение: «На О начинаются и вообще это — круговая порука». По данным Б. В. Зейгарник (1986), у больных шизофренией подобные пиктограммы встречаются в 64 %, а при психопатиях — в 33 %. Б. Г. Херсонский (1979, 1982) обнаружил, что в период ремиссии пиктограммы больных шизофренией весьма приближаются к таковым у здоровых; выраженные отклонения выявляются в период обострений.

Патопсихологические приемы (определение понятий, сравнение чем-либо сходных понятий, толкование пословиц, метафор и т. п.) иногда позволяют выявить симптом резонерства тогда, когда оно еще неотчетливо выступает в обычной беседе с больным. Однако те же приемы сходное резонерство могут выявить в тяжелых случаях психастении.

«Соскальзывание» является более четким симптомом. Его также иногда удается обнаружить в патопсихологических исследованиях, когда оно еще незаметно во время разговора с больным. Суть этого симптома состоит в том, что больной неожиданно сбивается с правильного хода мысли и не поправляется, продолжает дальше, как будто подобного

отклонения в сторону вовсе не было. Вероятно, данный симптом является как бы предвестником речевой бессвязности, развивающейся обычно при тяжелых дефектных состояниях.

Таким образом, диагностическая ценность указанных патопсихологических исследований в отношении шизофрении в подростковом возрасте ограничена не только из-за того, что используемые признаки выявляются не у всех больных, но и в связи с тем, что эти же признаки обнаружены у трети лиц, страдающих психопатиями.

Метод Векслера [Wechsler D., 1955], предназначенный для исследования интеллекта, также был использован в надежде найти приемы психологической диагностики шизофрении [Серебрякова Р. О., 1974; Гильяшева И. Н., 1983]. Исследования были проведены на больных вялотекущей шизофренией. В сравнении с больными неврозами и психопатиями, при вялотекущей шизофрении было обнаружено значительное несоответствие в оценках по отдельным субтестам. В частности, особенно низкие результаты были отмечены по таким невербальным субтестам, как «Недостающие детали», «Последовательность картинок», «Складывание фигур». Низкие оценки по этим субтестам установлены у 55 % больных вялотекущей шизофренией и только у 15 % больных неврозами и психопатиями [Гильяшева И. Н., Иовлев Б. В., 1975]. Но недостатком является большая трудоемкость теста Векслера — необходимость для психолога в течение продолжительного времени индивидуально работать с каждым обследуемым.

Патохарактерологические исследования

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

Подобные исследования проводятся с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков, который был разработан с целью определения типов психопатий и акцентуаций характера в данном возрасте [Личко А. Е., Иванов Н. Я., 1976; Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1981].

Первоначально у подростков, заболевших шизофренией или шизоаффективными психозами, были предприняты попытки использовать этот метод только для оценки преморбидного типа акцентуации характера [Озерецковский С. Д., 1976]. Было обнаружено, что при вялотекущей шизофрении у подростков в 37 % диагностируется шизоидный тип, что соответствовало либо анамнестическим сведениям, либо наблюдаемой шизоидизации в период обследования. Вторым по частоте оказался истероидный тип (19 %), но это обычно не совпадало ни с известными преморбидными особенностями, ни с картиной болезненных изменений характера и поведения. У 30 % больных была отмечена выраженная реакция эмансипации. При

шизоаффективных психозах наиболее часто были определены эпилептоидный и неустойчивый типы, что не соответствовало ни преморбиду, ни изменениям личности в процессе развития заболеваний. Шизоидный тип был диагностирован лишь в 14 %, а циклоидный — в 18 %. Было высказано предположение, что для выявления последнего с помощью психологического теста недостаточно 1—2 перенесенных приступов, для этого необходимо повторение большого числа фраз. При прогрессивной шизофрении с острым началом исследования проводились вначале ремиссии. Были диагностированы различные типы. Самым частым оказался астеноневротический тип (17 %), за ним следовал шизоидный (14 %).

В дальнейшем была предпринята попытка с помощью ПДО выявить признаки, которые имели бы при шизофрении диагностическое или прогностическое значение. Для этого были обследованы больные вялотекущей психопатоподобной и невротоподобной шизофренией в период манифестации, больные с острым и подострым дебютом прогрессивной шизофрении в начале ремиссии, больные шизоаффективными психозами на выходе из маниакальных и депрессивных фаз [Личко А. Е. и др., 1986; Иванов Н. Я. и др., 1987].

Результаты сравнивались с данными аналогичных исследований подростков, госпитализированных в психиатрическую больницу в связи с непсихотическими нарушениями поведения (психопатии, патохарактерологические реакции и др.), а также здоровых, социально адаптированных учащихся ПТУ. Диагнозы больных психозами были подтверждены катамнезами длительностью 5 лет и более, а подростков с непсихотическими нарушениями — 4 года и более.

Было установлено, что ни преморбидный тип акцентуации характера, ни величины дополнительных показателей конформности, диссимуляции, повышенной откровенности, эмансипации, склонности к алкоголизации и к делинквентности и др. ни диагностического, ни прогностического значения не имеют.

В качестве диагностически достоверного для вялотекущей и прогрессивной шизофрении ($p < 0,05$), но не для шизоаффективных психозов, был обнаружен только один признак, названный дискордантностью характера. Этот признак был обнаружен со следующей частотой в сравниваемых группах (табл. 18).

Таблица 18. Частота признаков дискордантности характера в обследованных группах подростков

Группа обследованных подростков(	Число	Частота
----------------------------------	-------	---------

	обследованных	признака (% в данной группе)
Учащиеся ПТУ (без шизоидного типа акцентуации):		
мужского пола	475	4
женского пола	108	2
Учащиеся ПТУ, у которых с помощью ПДО определен шизоидный тип акцентуации характера	47	13
Госпитализированные в психиатрическую больницу подростки с непсихотическими нарушениями	337	14
Больные прогрессивной шизофренией	58	46
Больные вялотекущей шизофренией	210	49
Больные шизоаффективным психозом	93	19

Сущность признака дискордантности характера состояла в том, что когда с помощью ПДО были установлены определенные типы акцентуации характера, одновременно высокими оказались показатели тех других типов, которые несовместимы с диагностированными типами (табл. 19).

Таблица 19. Признаки дискордантности характера

Тип, определенный с помощью ПДО	Величины других показателей (баллы), свидетельствующие о дискордантности Сенситивного типа "6
Гипертимный	или психастенического типа "6
	или шизоидного типа "6
Циклоидный	Шизоидного типа "6
Сенситивный	Эпилептоидного типа "6 или истероидного типа "6
Психастенический	Неустойчивого типа "6
Шизоидный	Гипертимного типа "7 или циклоидного типа "6
Эпилептоидный	Сенситивного типа "6
Истероидный	Сенситивного типа "6
Неустойчивый	Психастенического типа "6

Выраженная реакция эмансипации (Е"5) Сенситивного типа "6
или психастенического типа "6

При использовании табл. 19 учитываются все компоненты смешанного типа. Например, если диагностирован гипертимно-неустойчивый тип, то дискордантность учитывается и по гипертим-ному, и по неустойчивому типам.

Таким образом, данный диагностический признак оказался в подростковом возрасте более достоверным, чем патопсихологические приемы выявления искажения процесса обобщения, а использование ПДО — несравненно менее трудоемкая процедура, чем применение метода Векслера. Однако следует учитывать, что в 13—14 % признак дискордантности характера встречается при непсихотических расстройствах у подростков и при шизоидных акцентуациях характера в норме, поэтому его диагностическая ценность относительна. Один данный признак не может служить основанием для диагноза шизофрении. Патохарактерологическая диагностика может быть использована как вспомогательный прием, дополняющий клиническое обследование.

В целях поиска прогностически значимого признака [Личко А. Е. и др., 1986] сравнивались результаты обследования с помощью ПДО в период манифестации вялотекущей шизофрении у 53 больных, у которых впоследствии была хорошая стойкая ремиссия, и у 45 больных, у которых произошла трансформация в прогрессивную (простую или параноидную) форму. Было обнаружено [Иванов Н. Я. и др., 1987], что прогностически благоприятным в период манифестации вялотекущей шизофрении является совпадение типа характера, определяемого с помощью ПДО и по клинической оценке (анамнез, наблюдение за поведением). При хороших стойких ремиссиях такое совпадение было в период манифестации в 73 %, при последующей трансформации в прогрессивные формы — лишь в 18 % ($p < 0,005$).

Глава 11. Особенности лечения шизофрении у подростков. Биологическая терапия. Особенности побочных действий психотропных средств

Шизофрения у подростков
Личко А.Е.

В подростковом возрасте эти средства вызывают более выраженные, чем у взрослых, побочные эффекты. Некоторые же из применяемых лекарств представляют угрозу в отношении возможности их использования подростками в токсикоманических целях.

Коллаптоидные состояния чаще возникают при лечении. аминазином и левомепромазином (тизерцином), реже —

галоперидолом, если последний используется в виде внутривенных вливаний. Частота и выраженность этих состояний, вероятно, связаны с присущей подростковому возрасту вегетативной лабильностью, а также с большой двигательной активностью подростков, склонностью резко менять позу. Коллаптоидные состояния не опасны, обычно носят ортостатический характер (например, возникают, когда подросток быстро вскакивает с постели). Обычно эти состояния легко устраняются в горизонтальном, спокойном положении, при соблюдении постельного режима. Можно использовать также подкожные инъекции кофеина. Однако надо учитывать, что коллаптоидные состояния пугают больных и настраивают против лечения. Поэтому перед началом употребления упомянутых препаратов надо предупредить подростка о возможности «обмороков» при быстром вставании с постели, о необходимости избегать резких движений. Но при длительном и выраженном снижении артериального давления можно прибегнуть к капельному внутривенному вливанию гипертензина (ангиотензинамида) или преднизолона.

Паркинсоноподобный синдром, дискинезии и акатизии обычно возникают при лечении тиопроперазином (мажептилом), трифлуопераидолом (триседилом), галоперидолом, большими дозами трифтазина (стелазина), а иногда и при использовании других нейролептиков. Первыми признаками являются мышечный тремор, изменение почерка, повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, а также маскообразность лица. Могут возникать приступы судорожного сведения мышц глазных яблок, шейных, лицевых, а иногда торса и конечностей. Появляются также крайняя непоседливость и потребность непрерывно двигаться, менять позу, ходить, которые раньше всего возникают, когда смотрят телевизор.

Обычные антипаркинсонические средства (циклодол 0,002—0,004 2—3 раза в день или аналогичные препараты) хорошо корректируют паркинсоноподобные расстройства. В отличие от пожилых лиц, у подростков не отмечается склонность к стойким экстрапирамидным нарушениям, не исчезающим после отмены нейролептиков. Однако если шизофрения развивается на фоне резидуального органического поражения головного мозга, то паркинсоноподобный синдром может быть не только ярко выражен, возникать при небольших дозах нейролептиков, но и плохо поддаваться лекарственным корректорам. Паркинсоноподобные нарушения исчезают при отмене вызвавших их нейролептиков.

Тяжелые приступы дискинезии можно быстро купировать внутривенным вливанием 2—5 мл 5 % барбамила с одновременным дополнительным приемом 0,004 циклодола.

Лекарственные депрессии чаще всего развиваются при длительном лечении аминазином, а в некоторых случаях — галоперидолом или флюспириленом (ИМАП). Депрессогенное действие аминазина в подростковом возрасте выражено особенно сильно. Лекарственные депрессии бывают меланхолическими или астенопатическими.

Лекарственные мании могут возникать при использовании антидепрессантов, в особенности имизина (мелипрамина), когда лечат депрессии не только при шизоаффективных психозах, но и при других формах шизофрении. Протекают лекарственные мании, как правило, атипично: в младшем подростковом возрасте в виде гневных маний, в старшем — в виде параноидных маний, сопровождающихся активацией бреда и галлюцинаций.

Для предотвращения лекарственных депрессий и маний иногда пытаются комбинировать аминазин с мелипрамином. Чаще же стараются прибегнуть к другим препаратам. Если аминазин применялся для борьбы с возбуждением и повлек за собой депрессию, то его заменяют вливаниями сибазона (седуксена) внутривенно (2 мл 0,5 % раствора) или приемом левомепромазина (тизерцина). При лечении депрессии мелипрамин, вызвавший смену фаз, заменяют amitriptiliном или пиразидолом.

Лекарственные делирии у подростков чаще всего наблюдаются при лечении клозапином (лепонексом). Предвестником возможного делирия являются обильные яркие красочные сновидения. При лечении мелипрамином, amitriptiliном, тизерцином делирии описаны как редкие случаи.

Делирии могут возникать у подростков при злоупотреблении большими дозами циклодоло (5—10 таблеток и более на прием). Делается это в токсикоманических целях, чтобы «испытать галлюцинации». Действительно, зрительные галлюцинации при циклодоловом делирии отличаются большой красочностью. Подростки часто называют их «мультиками», так как видения напоминают мультфильмы. Но могут также видаться полчища насекомых, змей, мелкие животные. Делирии сопровождается чувством любопытства и легкой эйфорией. Страха обычно не испытывают. В последствии с удовольствием рассказывают сверстникам об испытанных переживаниях. Очень характерен для циклодолового делирия «симптом исчезающей сигареты»: когда подросток не видит своей руки, у него появляется ощущение, что в пальцах зажата сигарета, но как только он посмотрит на руку, это ощущение исчезает, — он может начать искать «оброненную» сигарету. Однако содержание галлюцинаций зависит от настроения перед приемом циклодоло. Если подросток веселился в компании сверстников, то и

галлюцинации приобретают развлекающий характер. Если же приему циклодола предшествовали ссоры, драки, угроза нападения, чувство тревоги, то и галлюцинации могут стать устрашающими. Обычно слуховые обманы циклодоловому делирию не свойственны, но у больных шизофренией они могут возникать, даже если их не было в предшествующей клинической картине.

Аллергические реакции при лечении галоперидолом и реже аминазином нередко проявляются в виде так называемых «солнечных дерматитов». Учитывая желание многих подростков загорать на солнце в теплое время года, необходимо предупреждать их о недопустимости интенсивности инсоляции при лечении этими средствами.

Тяжесть аллергических реакций бывает различна — от незначительных воспалительных явлений на коже до тяжелых анафилактических шоков. Чаще всего подобные реакции вызывают нейролептики. Транквилизаторы из группы бензодиазепинов (седуксен и др.) более безопасны.

Выраженные аллергические реакции требуют отмены вызвавших их препаратов и лечения супрастином, тавегилом, а в тяжелых случаях — глюкокортикостероидами.

«Реакция отмены» у подростков бывает ярко выражена при внезапном прекращении лечения психотропными средствами, которые длительное время применялись в больших или средних дозах. Эта реакция возникает не сразу, а спустя 1—2 нед. Нарушается сон, нарастают беспокойство и тревога, возобновляются прежние болезненные переживания — нередко наступает рецидив или обострение психического заболевания. При лечении активирующими нейролептиками (френолон, малые дозы трифтазина, семап) реакция отмены может проявиться вялостью, апатией, снижением настроения. Внезапная отмена антидепрессантов может повести к депрессии.

При длительном лечении психотропными средствами, особенно в больших дозах, полной отмене лекарства должно предшествовать постепенное в течение 2—4 нед уменьшение его дозы. При амбулаторной поддерживающей терапии подросток и его близкие должны быть предупреждены о возможной «реакции отмены» при самовольном прекращении приема назначенных лекарств.

«Реакция отмены» используется как один из методов преодоления терапевтической резистентности к психотропным средствам. Обычно к подобным методам прибегают при злокачественной форме или плохо поддающейся лечению

прогредиентной шизофрении. Перерыв в приеме психотропных средств делается на несколько дней (на 1—2 нед) или прибегают к нескольким коротким перерывам — 3 дня без лекарства, 3 дня — прежняя доза [Вахов В. П., Бовин Р. Я., 1973; Авруцкий Г. Я., Прохорова И. С., 1975]. Затем возобновляют прежнее лечение.

Лекарственные токсикомании у подростков, больных шизофренией, встречаются редко. Может быть эпизодический прием больших доз циклодола с целью вызвать у себя галлюцинаторные переживания («поймать глюки» — на сленге подростков) или сибазона (седуксена), димедрола и других лекарств, чтобы почувствовать состояние своеобразного оглушения («балдеж» — на сленге подростков). Следует учитывать, что здоровые делинквентные подростки выпрашивают или отнимают у больных шизофренией циклодол и другие лекарства, чтобы использовать их в токсикоманических целях.

Особенности дозировок психотропных средств

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

В возрасте 16—17 лет дозы не отличаются от таковых у взрослых. В 14—15 лет лучше использовать минимальные из рекомендованных для взрослых величины дозировок, в возрасте 12—13 лет — начинать с $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ этих доз.

При наличии физического инфантилизма необходимо ориентироваться не на календарный возраст, а на физическое развитие. Если 14—15-летний подросток выглядит как 12-летний, то и дозы необходимо соответственно уменьшить.

При выраженной физической акселерации первоначально лучше ориентироваться на календарный возраст, учитывая обычно выраженную вегетативную лабильность, и только если лекарство хорошо переносится, увеличивать дозу до рекомендованной для взрослых.

Шоковая терапия подростковой шизофрении

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

В связи с широким распространением психотропных средств шоковая терапия имеет весьма ограниченное применение.

Инсулинотерапия больным до 14 лет и ранее проводилась обычно только с использованием субшоковых доз, и эффективность ее была невелика. Инсулиновые шоки в период полового созревания у некоторых подростков вызывали неблагоприятные эндокринные сдвиги в виде чрезмерного ожирения, а также способствовали усилению

психопатоподобных нарушений. Лечение инсулином с 16 лет не отличается от такового у взрослых [Личко А. Е., 1970].

Наибольший эффект наблюдался при подостро развивающейся параноидной форме. При гебефренокататонических расстройствах инсулиншоковая терапия противопоказана — гебефренические симптомы только усиливаются. Эффект при неврозоподобных расстройствах неопределенный, при психопатоподобных — обычно наступает ухудшение.

Атропиношочковое лечение было разработано для подростков 12—16 лет [Харитонов Р. А. и др., 1977], но широкого применения не нашло, вероятно, из-за сложности и трудоемкости процедуры. Этот метод был рекомендован при упорном, не поддающемся лечению психотропными средствами галлюцинаторно-параноидном синдроме, особенно при стойком вербальном галлюцинозе. Использовался этот метод также при резистентном к лечению другими средствами обсессивном и ипохондрическом синдроме при вялотекущей шизофрении.

Электросудорожная терапия (электрошоки) в нашей стране официально разрешена только с 16 лет. У подростков 16—17 лет этим методом пользуются по жизненным показаниям при остром гипертоксическом синдроме. Есть указания о его применении при тяжелых упорных обсессиях. Методика электросудорожной терапии, ее модификации, показания и противопоказания описаны в соответствующих руководствах [Авруцкий Г. Я. и др., 1975; Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981].

Лечение при различных синдромах и формах шизофрении

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Биологическая терапия ориентируется прежде всего на синдром, так как нет еще достаточных знаний об этиологии и патогенезе шизофрении, а следовательно, отсутствует каузальное лечение. Ниже приводятся в виде кратких схем рекомендации для использования различных средств при основных типах расстройств и синдромах, описанных в данной монографии. Психотропные средства и другие методы перечисляются в той последовательности, в которой, судя по нашему эмпирическому опыту, лучше их использовать, переходя от одного к следующему при недостаточной эффективности предыдущего. Конечно, данные рекомендации относительны. Индивидуальные особенности больного могут подсказать выбор иных средств, изменить последовательность применения лекарств. Например, при выраженных побочных действиях одного препарата приходится обращаться к другому. Возможны также их комбинации.

Лечение психопатоподобных расстройств определяется синдромом. При синдроме нарастающей шизоидизации

показаны нейролептики с активирующим действием, при других синдромах — седативные нейролептики.

При синдроме нарастающей шизоидизации рекомендуется: френолон — начиная с 5 мг утром и днем, можно увеличить до 10—15 мг утром и днем (на ночь не давать!); трифтазин (стелазин) в малых дозах — по 5 мг 2—3 раза в день; фторфеназин-деканат (модитен-депо — по 1/2—1 ампуле внутримышечно 1 раз в 2—3 нед с коррекцией циклодолом (по 2 мг 1—3 раза в день).

При заметном улучшении состояния через 2—3 нед можно постепенно в течение 2—4 нед снижать дозу до полной отмены. Длительная поддерживающая терапия необходима в случаях, когда имеются прогностически неблагоприятные признаки высокого риска трансформации в простую или параноидную форму. В первом случае лучше лечение френолоном, во втором — трифтазином. При стойкой ремиссии надо постараться обойтись без психотропных средств.

При синдромах эпилептоидном, неустойчивого поведения, истероидном для длительного лечения можно использовать: перициазин (неулептил) — в каплях 4 % раствор от 5 до 20 капель на прием 2—3 раза в день; при резкой заторможенности можно утром давать меньшую дозу, а после обеда и на ночь — большую; трифтазин в средних дозах — начиная с 5 мг 2 раза в день, постепенно можно довести до 10 мг 3 раза в день в сочетании с аминазином (по 25—50 мг во второй половине дня и на ночь), часто требуется присоединение циклодолом (по 2 мг 1—3 раза в день); галоперидол удобнее использовать в каплях (1 мг = 10 капель 0,2 % раствора), начиная с 0,5—1 мг 3 раза в день и повышая до 1—3 мг 3 раза в день в сочетании с циклодолом (по 2—4 мг 2—3 раза в день).

Для купирования состояний аффективного напряжения, близких к дисфории, особенно возможных при эпилептоидном синдроме, приходится прибегать к внутримышечному введению аминазина (2—6 мл 2,5 % раствора) 1—2 раза в день или к внутривенному. вливанию сибазона (седуксена)—2 мл 0,5 % раствора. Парентеральное введение галоперидола используют также при упорном отказе принимать лекарства (0,5—1 мл 0,5 % раствора внутримышечно). Тактика поддерживающей терапии в принципе та же, что при синдроме нарастающей шизоидизации, но при эпилептоидном и истероидном синдромах обычно требуется более длительное лечение.

Лечение неврозоподобных расстройств еще более, чем психопатоподобных, зависит от синдрома.

При аноректическом синдроме целью прежде всего является

добиться полноценного калорийного питания. При отказе от еды можно испробовать кормление с рук после внутривенного вливания барбамила (2—4 мл 5 % раствора) с кофеином (1—2 мл 10 % раствора). Если сразу после этого вливания больного накормить не удастся, то необходимо кормление через зонд питательной смесью (кипяченое молоко, масло, какао, сырые яйца, мясной бульон, сахар, фруктовый сок, витамины) объемом 0,5—0,8 л. Для предотвращения рвоты после кормления рекомендуется за полчаса до введения зонда 0,5 мл 0,1 % раствора атропина подкожно, а к зондовой смеси добавить средства, оказывающие сильное противорвотное действие: 5 капель 4 % раствора алимемазина (тералена) или 5—10 капель 0,2 % раствора галоперидола. Используются также внутривенные вливания глюкозы (20—40 мл 40 % раствора) с 4—12 ЕД инсулина в одном шприце. Одновременно начинается лечение психотропными средствами: трифтазин — постепенно повышая дозу от 5 до 20—30 мг в сутки; галоперидол — от 5 до 20 капель 0,2 % раствора 3 раза в день, постепенно увеличивая дозу до того, как больной начнет регулярно питаться.

При дисморфоманическом и обсессивно-фобическом синдроме подобрать эффективно действующее средство бывает очень трудно. Хорошо, если удастся достичь умеренного эффекта — успокоения, дезактуализации переживаний, возможности вернуться к учебе и труду. Психотропные средства нами используются в такой последовательности: феназепам — начиная с 0,5 мг 3 раза в день и постепенно повышая дозу до 1,5—2 мг 3 раза в день, если не возникнет атаксия и резкая заторможенность; если больные продолжают учебу, утром не давать больше 1 мг, а большую часть дозы — во вторую половину дня и на ночь; при дисморфоманиях феназепам хорошо сочетать с антидепрессантами — амитриптилином (по 25—50 мг 2—3 раза в день) или пиразидолом (в той же дозе); галоперидол в небольших дозах — от 0,5 до 2 мг 2—3 раза в день, обычно необходимо добавлять циклодол (2 мг 1—2 раза в день); пимозид (оран)—удобен тем, что принимать его надо 1 раз в день, начиная с 1 таблетки (1 мг), дозу можно увеличить до 4—5 таблеток на прием, но в этих случаях приходится применять циклодол; модитен-депо — внутримышечно 0,5—1 мл 1 раз в 2—3 нед в сочетании с седуксеном (по 5 мг утром и после обеда и по 5—10 мг на ночь) и циклодолом (по 2—4 мг 2—3 раза в день).

При очень упорных и мучительных обсессиях, доводящих до суицидных мыслей, предлагалось атропинокоматозное лечение [Харитонов Р. А. и др., 1977], а также электросудорожная терапия (с 16 лет). Их использование описано в разделе о шоковой терапии. При дисморфоманическом синдроме эти методы не применяют.

При синдроме метафизической интоксикации используют

трифтазин в средних дозах (15—30 мг в сутки с циклодолом) или тиопроперазин (мажептил) в небольших дозах (от 1 мг 2—3 раза в день до 5 мг в сутки также с циклодолом).

При астеноанергическом синдроме можно рекомендовать испробовать активирующие нейрорептики в такой последовательности: френолон (дозы указаны при лечении синдрома нарастающей шизоидизации); трифтазин в малых дозах (по 5 мг 2—3 раза в день) в сочетании с пирацетамом (1—2 капсулы по 0,4 2—3 раза в день); пенфлюридол (семап)—продолгованный препарат для перорального употребления (20—40 мг принимается 1 раз в 5—7 дней). При астеноипохондрическом синдроме приходится сочетать нейрорептики или транквилизаторы с антидепрессантами. Можно последовательно испробовать следующие комбинации, так как подбор эффективного лечения обычно весьма затруднен: сибазон (седуксен) — по 5 мг 2—3 раза в день в сочетании с сульпиридом (эглонилом) по 0,2 2—3 раза в день; феназепам — от 1 до 3 таблеток 2—3 раза в день (в таблетке по 0,5 мг) в сочетании с амитриптилином (по 25 мг 2—3 раза в день); трифтазин в средних дозах (15—30 мг в сутки) в сочетании с амитриптилином (по 25 мг 2—3 раза в день).

При деперсонализационно-дереализационном синдроме в резистентных к лечению случаях также приходится менять комбинации нейрорептиков или транквилизаторов с антидепрессантами: феназепам — от 0,5 до 1,5 мг 2—3 раза в день с пиразидолом (по 25—30 мг 2 раза в день); седуксен — по 5 мг 2—3 раза в день с амитриптилином (25—50 мг 2—3 раза в день); трифтазин в средних дозах (15—30 мг в сутки) с имизином (мелипрамином) по 25 мг 2 раза в день.

Антидепрессанты (мелипрамин, амитриптин, пиразидол) надо назначать так, чтобы последний прием был за 5—6 час до сна.

Лечение аффективных расстройств разделяется на терапию во время маниакальных и депрессивных фаз и на поддерживающую терапию во время интермиссий и ремиссий. При маниакальным возбуждении независимо от типа мании в целях его быстрейшего купирования используется парентеральное введение следующих средств: галоперидол — внутримышечно 0,5—1 мл 0,5 % раствора 2—3 раза в сутки; аминазин — внутримышечно 2—6 мл 2,5 % раствора также 2—3 раза в сутки; сибазон (седуксен)—внутривенно или внутримышечно 2—4 мл 0,5 % раствора 1—2 раза в день.

Перечисленные средства можно чередовать. Из них наиболее предпочтителен галоперидол, так как при уменьшении возбуждения можно от инъекций перейти на пероральный прием. Аминазин при длительном употреблении может повести

к смене маниакальной фазы на депрессивную.

При типичной и параноидной мании, если нет надобности купировать резкое возбуждение, можно использовать пероральный прием лекарств: галоперидол — в таблетках по 1,5 мг, по 1—2 таблетки 2—3 раза в день с добавлением циклодола (по 2—4 мг 2—3 раза в день) и левомепромазина (тизерцина) на ночь (25 мг); карбонат лития — сперва можно присоединить к галоперидолу (если у больного это уже не первая фаза и предполагается начать поддерживающее лечение) в дозе 0,3 г 2—3 раза в день; при нерезкой мании и плохой переносимости галоперидола можно ограничиться лечением карбонатом лития в большей дозе (до 0,6 г 3 раза в день), но тогда требуется регулярное (1 раз в 1—2 мес) определение содержания лития в крови (должно быть не выше 1,6 мэкв/л).

При гневной мании начать лечение можно также с галоперидола в тех же дозах (первоначально внутримышечные инъекции, затем перорально), но при резкой гневливости и агрессивности эффективнее: трифлуоперадол (триседил)— в таблетках по 0,5 мг 2—3 раза в день с добавлением циклодола (2—4 мг 2—3 раза в день) и тизерцина, (25 мг на ночь).

При спутанной мании более показан аминазин, а при прояснении сознания можно перейти на прием галоперидола (дозы те же, что при типичной мании).

При делинквентном эквиваленте гипоманиакальных состояний можно попытаться ограничиться более щадящим лечением: карбамазепин (финлепсин)— по 0,2 2—3 раза в день; карбонат лития — по 0,3 2—3 раза в день; перициазин (неулептил) — 5—10 мг (т. е. 5—10 капель 40 % раствора) 2— 3 раза в день; лишь при отсутствии от них эффекта стоит прибегнуть к небольшим дозам галоперидола (по 1,5 мг 2—3 раза в день).

При типичной меланхолической депрессии средства рекомендуется испытывать в нижеперечисленной последовательности, остановившись на том препарате, при применении которого имеется явный сдвиг к лучшему за 1—2 нед лечения: пиразидол — начиная с 25 мг утром и днем, постепенно увеличивая до 75 мг утром и днем; на ночь —25 мг тизерцина; амитриптилин — в тех же дозах; имизин (мелипрамин)—по 25, мг 1—2 раза в день, который в случаях тяжелых депрессий или отказа от лечения можно начинать внутримышечно (2—4 мл 1,25 % раствора, т. е. 25—50 мг), а затем переходить на пероральный прием.

При депрессии со страхом и тревогой можно последовательно испытывать: феназепам — по 2—3 мг 3 раза в день с

добавлением 25 мг тизерцина на ночь; хлорпротиксен — начиная с 15 мг 2 раза в день до 30 мг 3 раза в день с добавлением 25 мг тизерцина на ночь; амитриптилин — начиная с 25 мг утром и днем до 3-разового приема по 50 мг (третий раз — не позднее 5—6 ч до сна), также с добавлением тизерцина на ночь.

При параноидной депрессии предпочтительно сочетать антидепрессанты с нейролептиками: амитриптилин — как предложено выше, с добавлением трифтазина, начиная с 5 до 10 мг 3 раза в день; мелипрамин — по 25 мг утром и днем с добавлением аминазина по 25 мг 3 раза в день.

При ипохондрической депрессии можно начинать с сочетания антидепрессантов с транквилизаторами: пиразидол — от 25 до 50 мг 2 раза в день с добавлением феназепама по 1—3 мг 3 раза в день; амитриптилин — по 25—50 мг 2 раза в день с добавлением седуксена по 5 мг 3 раза в день; при отсутствии эффекта можно попробовать проводить то же лечение, что и при параноидной депрессии.

При астенопатической депрессии можно рекомендовать последовательное испытание лечебного эффекта следующих средств: сульпирид (эглонил)—от 0,2 до 0,4 3 раза в день; пиразидол — от 25 до 50 мг утром и днем с добавлением пирасетама (по 1 капсуле 2 раза в день); амитриптилин — по 25 мг утром и вечером также с добавлением пирасетама; мелипрамин — по 25 мг 1—2 раза в день (утром или утром и днем) с добавлением трифтазина в малых дозах (по 5 мг 2—3 раза в день).

При жалобах на плохой сон при депрессии этого вида нежелательно использовать ни длительно действующие снотворные, ни тизерцин. Лучше ограничиваться короткодействующим нитразепамом (эуноктином, радедормом), чтобы с утра не было чрезмерной вялости.

При делинквентном эквиваленте депрессий пиразидол по 25 мг утром и днем необходимо сочетать: с феназепамом — по 1 мг днем и по 2—3 мг на ночь или с тиоридазином (сонапаксом) по 25 мг днем и на ночь, или с неуплептилом (в сутки в целом от 25 до 50 мг, разделяя приемы так, чтобы минимальная доза была утром и максимальная — на ночь; например, утром —5 мг, днем —10 мг, на ночь—15 мг; в одной капле 4 % раствора содержится 1 мг).

При смешанных состояниях приходится проводить комбинированную терапию, при этом антидепрессанты следует применять утром и днем, а транквилизаторы или нейролептики — днем и вечером, например: пиразидол — по 25—50 мг утром и

днем в сочетании с феназепамом по 2—3 мг днем и на ночь; амитриптилин — по 25—50 мг утром, 25 мг — днем; галоперидол — по 1,5—3 мг днем и на ночь с добавлением еще 25 мг тизерцина также на ночь.

При онейроидных состояниях на высоте аффективных фаз: левомепромазин (тизерцин)—по 25—50 мг 3 раза в день; инсулиншоковая терапия.

При тимопатическом типе ремиссии для поддерживающей терапии можно использовать: карбамазепин (финлепсин)— по 0,2 2—3 раза в день; карбонат лития — по 0,3 2—3 раза в день.

При интермиссиях с хорошей социальной адаптацией после первого приступа лучше попробовать обойтись без поддерживающей противорецидивной терапии. Подобное лечение следует начинать после повторных фаз карбамазепином или карбонатом лития в дозах, как при тимопатическом типе ремиссии.

Лечение паранойяльных и параноидных расстройств осуществляется нейролептиками с выраженным антипсихотическим действием.

При паранойяльном синдроме, который иногда бывает довольно резистентным к терапии, приходится перепробовать ряд средств: трифтазин — начиная с 5 мг 2 раза в день, быстро повышая дозу до 10 мг 3 раза в день, с коррекцией циклодолом (по 2—4 мг 2—3 раза в день); галоперидол — от 3 до 4,5 мг 3 раза в день с коррекцией циклодолом; клозапин (лепонекс)— можно добавлять к одному из упомянутых средств от 0,05 (полтаблетки) до 0,1 1—2 раза в день; тиопроперазин (мажептил)— от 2 до 10 мг 3 раза в день (таблетки по 1 и по 10 мг) с коррекцией циклодолом.

При галлюцинаторно-параноидном синдроме и синдроме Кандинского — Клерамбо обычно требуется весьма интенсивное лечение: галоперидол — начиная с 1,5 мг и доводя до 6 мг 3 раза в день (суточная доза—до 18 мг), с коррекцией циклодолом; лепонекс — начиная с 0,05 (полтаблетки) 2 раза в день до 0,1 3 раза в день; трифлуопераидол (триседил)— по 0,5 мг 2 раза в день с коррекцией циклодолом; инсулиншоковая терапия.

Если все перечисленные средства оказываются недостаточно эффективными, то предлагается испытать методы преодоления терапевтической резистентности (см. следующий раздел).

При бредовом варианте параноидного синдрома применяются: трифтазин — начиная с 5 мг 2 раза в день и доводя до 10 мг

3 раза в день; лепонекс — как при галлюцинаторно-параноидном синдроме; мажептил — как при галлюцинаторно-параноидном синдроме; инсулиншоковая терапия; методы для определения терапевтической резистентности.

Лечение инкогерентных расстройств должно быть тем энергичнее, чем больше острота синдрома.

При остром гипертоксическом синдроме (фебрильной шизофрении) показано комплексное лечение [Титанов А. С., 1982], которое включает большие дозы аминазина (внутримышечно по 75—100 мг 3 раза в сутки) и внутривенное капельное введение преднизолона (всего 1 мл 3 % раствора в сутки), кордиамина (2—4 мл в сутки) и фуросемида (2 мл 1 % раствора в сутки). При отсутствии эффекта прибегают к электросудорожной терапии (3—5 сеансов, по 1 сеансу ежедневно).

При аментивном синдроме, астенической спутанности и остром полиморфном синдроме наиболее показано лечение аминазином (внутримышечно по 50—75 мг 2—3 раза в сутки с последующим переходом на пероральный прием) с добавлением 25 мг тизерцина на ночь. При прояснении сознания дозу аминазина постепенно уменьшают и переходят к лечению другими средствами в зависимости от преобладающей симптоматики. При хорошей ремиссии поддерживающее лечение лучше проводить трифтазином.

Лечение апатоабулических расстройств состоит в использовании нейролептиков с активирующим действием: френолон — начиная с 5 мг 2 раза в день до 10 мг 3 раза в день; трифтазин — в малых дозах (по 5 мг 2—3 раза в день) в сочетании с пирацетамом (по 1 капсуле 2 раза в день); пенфлюридол (семап — пролонгированный пероральный препарат)—по 20—40 мг 1 раз в 5—7 дней также в сочетании с пирацетамом.

Лечение гебефренокататонических расстройств обычно бывает трудным, применяют большие дозы нейролептиков с выраженным антипсихотическим действием. Инсулиновые шоки не эффективны, иногда даже способны ухудшить состояние. Более эффективна электросудорожная терапия.

При гебефреническом и кататоническом возбуждении рекомендуется внутримышечно галоперидол по 1 мл 0,5 % раствора 2—3 раза в день.

При гебефренокататоническом синдроме без выраженного возбуждения, если больной принимает лекарства, можно использовать: галоперидол — от 1,5 до 6 мг (1—4 таблетки) 3 раза в день с добавлением циклодола (2—4 мг 3 раза в день);

мажептил — 3 раза в день в дозе от 1 до 10 мг (таблетки по 1 мг и по 10 мг) с добавлением циклодола.

При отсутствии заметного эффекта можно использовать внутримышечное введение галоперидола, как при психомоторном возбуждении, а затем — методы борьбы с терапевтической резистентностью.

При онейроидной кататонии наиболее показаны инъекции аминазина внутримышечно по 50—75 мг (2—3 мл 2,5 % раствора) 2 раза в день. Если больной принимает лекарства, можно испробовать лепонекс по 0,1 2—3 раза в день.

При люцидной кататонии прибегают к другим средствам. При кормлении через зонд или после внутривенного вливания 5 % раствора барбамила (4—6 мл) с кофеином (1—2 мл 10 % раствора) вводят сразу суточную дозу лепонекса (0,2) или мажептила (постепенно повышая дозу от 1 до 10—20 мг). У подростков с 16 лет нередко приходится прибегать к электросудорожной терапии (сеансы через день, 5—7 сеансов).

Методы преодоления терапевтической резистентности

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Эти методы чаще всего приходится использовать при злокачественной юношеской шизофрении. Был предложен целый ряд разнообразных способов [Равкин И. Г., 1968; Kalinowsky L., 1969; Бовин Р. Я., Вахов В. П., 1973; Авруцкий Г. Я., Гурович И. Я., Прохорова И. С., 1974; Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981].

Электросудорожная терапия считается одним из наиболее эффективных методов преодоления терапевтической резистентности. У взрослых проводится 12—15 шоков по «классической» методике с билатеральным наложением электродов. Лечение нейролептиками при этом может продолжаться, а может быть прервано — существенных различий в эффекте не отмечено [Вахов В. П., 1977]. Опыт использования этого метода у старших подростков пока отсутствует.

Для подросткового возраста рекомендуются следующие способы [Антропов Ю. Ф., 1981]:

- 1) внезапное прекращение лечения нейролептиками на 1—2 нед с целью добиться «реакции отмены», хотя бы в виде обострения психотической симптоматики, а затем возобновить лечение;
- 2) то же в сочетании с применением осмотических диуретических средств — мочевины, уроглюка (30 % раствор капельным способом внутривенно из расчета 0,5 г на 1 кг массы

тела, всего 4—6 вливаний через день), маннита (15 % раствор внутривенно, можно медленно струйкой, в той же дозе);

3) то же в сочетании с пирогенной терапией, для чего сульфазин (1 % раствор очищенной серы в персиковом масле) вводится внутримышечно, начиная с 2 мл и увеличивая каждый раз на 2 мл, пока не возникнет выраженный подъем температуры тела (до 38,5—39 °С), всего 4—6 инъекций через день.

Кроме упомянутых способов, предлагалось также заменять лечение нейролептиками на 2—4 нед мелипрамином (внутримышечно по 75—100 мг утром и днем) с целью добиться обострения психотической симптоматики, а затем вернуться к лечению нейролептиками [Вахов В. П., 1977]. Была также сделана попытка использовать инъекции гиалуронидазы (фермента, влияющего на тканевую и сосудистую проницаемость) в сочетании с продолжающимся лечением нейролептиками [Бовин Р. Я., Ефремова Г. В., 1970], но этот метод оказался малодейственным.

В среднем эффективность использования методов преодоления терапевтической резистентности составляет 31 % [Вахов В. П., 1977].

Психотерапия

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

В отношении использования психотерапии при шизофрении у взрослых высказывались различные, в том числе противоположные, точки зрения. Многие авторы считали психотерапию при эндогенных психозах бесполезной, а некоторые ее виды (например, гипнотическое внушение) — даже вредными и ухудшающими состояние. С другой стороны, представители психоаналитической и психодинамической школ в психиатрии рассматривали психотерапию как главное и единственно действенное средство лечения шизофрении, полагая, что данное заболевание имеет чисто психогенный генез. В советской психиатрии исследования в основном были направлены на то, чтобы дифференцировать цели и методы психотерапии в зависимости от состояния больного [Консторум С. И., 1932; Посвянский П. Б., 1974; Воловик В. М., и др., 1984].

В настоящее время считается, что психотерапия наиболее показана при малопрогредиентной шизофрении [Смулевич А. Б., 1983] и при всех формах как один из компонентов системы реабилитационных мероприятий [Кабанов М. М., 1978]. Указывается, что психотерапия при шизофрении может быть эффективной, если у больного имеется определенное сознание болезни, нет выраженных личностных изменений по шизофреническому типу или когда больной их осознает и желает от них избавиться [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б.,

1983]. В качестве основных задач психотерапии при шизофрении ставятся предотвращение нарастания аутизации, социальная активация и дезактуализация болезненных переживаний [Воловик В. М., 1979].

В лечении шизофрении у детей и подростков психотерапии всегда придавалось особенно большое значение. В зависимости от состояния больного рекомендовались различные психотерапевтические подходы [Вроно М. Ш., 1983; Личко А. Е., 1985]. Лишь применение гипнотерапии считается недостаточно обоснованным. Значительная роль отводится семейной психотерапии и психотерапевтической атмосфере в окружении больного.

Нами были даны следующие рекомендации в отношении использования психотерапии у подростков в зависимости от формы шизофрении, синдрома и стадии заболевания [Личко А. Е., 1979, 1985].

Во всех случаях психотерапия должна начинаться с индивидуальных бесед, целью которых является установить доверительные отношения с больным. Очень важен первый контакт — в большинстве случаев у подростков симпатии и антипатии возникают с первой встречи. В дальнейшем изменить отношение бывает гораздо труднее. Поэтому каждый подростковый психиатр должен обладать определенными навыками психотерапии — умением вступать с подростком в контакт, располагать к себе, вызывать доверие, при этом обязательно сохраняя чувство дистанции и избегая фамильярности. Быть восприимчивым к возражениям, но и уметь отстаивать свою позицию, не идти на поводу ни у самого подростка, ни у его родителей.

При психопатоподобных расстройствах психотерапия очень трудна, но тем не менее необходима. При синдроме нарастающей шизоидизации ключом к контакту и раскрытию переживаний могут оказаться патологические увлечения подростка, сочувственное, заинтересованное их обсуждение со стремлением попытаться направить их в более рациональное русло. При установившемся контакте такие больные нередко периодически испытывают потребность в беседах со своим врачом, во время которых они ставят вопросы и высказывают суждения на самые разнообразные, порой неожиданные темы. Эту потребность высказаться желательно удовлетворять, так как подобные собеседования становятся для больного каким-то подобием катарсиса, дают чувство облегчения и вместе с тем открывают врачу пути для коррекции поведения. Групповая психотерапия может быть использована при улучшении состояния как способ обучения вступать в формальные контакты в обыденной жизни. Но подростки избегают обсуждать в группе

волнующие их проблемы.

При эпилептоидном психопатоподобном синдроме более доступным предметом для взаимных обсуждений чаще становятся соматическое здоровье, физическое развитие, здоровый образ жизни. Но достичь хорошего контакта бывает еще труднее, чем при синдроме нарастающей шизоидизации.

При синдроме неустойчивого поведения контакт с больным обычно остается довольно формальным. При удачной коррекции нарушений поведения с помощью психотропных средств можно попытаться включить больных в группу, хотя во время дискуссий они обычно остаются пассивными участниками, но зато им легче могут даваться невербальные формы групповой психотерапии.

При истероидном психопатоподобном синдроме не следует обманываться легкостью общения, которое, как правило, остается поверхностным. Существенного влияния на поведение с помощью психотерапии редко удается достичь.

При неврозоподобных расстройствах значение психотерапии особенно велико. При обсессивно-фобическом и астеноипохондрическом синдромах сами больные нередко ищут психотерапевтической поддержки. После раскрытия переживаний надо попытаться разъяснить больному их сущность, что иногда приносит какое-то чувство облегчения.

При дисморфоманическом синдроме разубеждение в абсурдности переживаний совершенно неэффективно, хотя идею обычно трактуют как сверхценную, а не бредовую. Но психотерапия может способствовать становлению компенсаторной диссимуляции или частичной дезактуализации переживаний.

Сходная же тактика возможна при аноректическом синдроме. Однако здесь, пока не преодолен отказ от пищи, подход должен быть строго директивным, основанным на некоторых принципах поведенческой терапии. До тех пор, пока больной не начал достаточно есть, от него должно требовать соблюдения строгого постельного режима, а на бесконечные требования выписки он должен слышать в ответ, что это может быть осуществлено только при восстановлении определенной массы тела.

Психотерапия при синдроме метафизической интоксикации сходна с таковой при синдроме нарастающей шизоидизации.

При астеноанергическом синдроме первоначальная индивидуальная психотерапия должна быть направлена на то, чтобы приободрить больного, разъяснить временный характер

нарушений, вселить уверенность в успехе лечения, в возможности восстановления сил и способностей. При улучшении состояния под действием биологического лечения больного надо попытаться включить в групповую психотерапию с целью социальной активации.

При аффективных расстройствах на высоте маниакального состояния специальная психотерапия не показана. Продолжительные беседы возбуждают больного. Психотерапевтическим приемом служит тактика коротких бесед: несколько вопросов о самом главном и несколько фраз о режиме и лечении. Врач должен проявлять большую выдержку, так как нередко маниакальные подростки стремятся спровоцировать у него раздражение и несдержанность. При смягчении маниакальных симптомов необходима индивидуальная рациональная психотерапия: надо помочь подростку разобраться в болезненной природе перенесенного состояния, убедить в необходимости противорецидивного лечения, предупредить о возможности депрессии, ее первых проявлениях и постараться скорректировать планы на будущее, в этот период зачастую завышенные.

При депрессиях психотерапия всегда необходима, даже на высоте этих состояний и тогда, когда попытки утешить или опровергнуть депрессивные идеи, казалось бы, оставляют больного совершенно безучастным или вызывают негативную реакцию. Желательны короткие (5—10 мин), но ежедневные беседы. Тихим и спокойным голосом, говоря медленно, нужно успокаивать и ободрять больного, опровергать его болезненные высказывания. В период депрессии может казаться, что эти слова не доходят до больного, но впоследствии часто приходится слышать, что подобная поддержка была очень нужна. Не следует пытаться развеселить больного, втягивать его в компании сверстников — это может только ухудшить состояние. При ослаблении депрессии надо пытаться отвлечь больного от его переживаний, беседовать с ним о том, что его раньше увлекало и интересовало, подталкивать его к тому, чтобы он сам рассказал о своих прежних хобби и занятиях. На выходе из депрессии целью психотерапии становится помочь больному критически оценить перенесенное состояние, убедить в необходимости противорецидивного лечения, вселить уверенность, оптимистическое отношение к своему будущему.

При параноидной депрессии, когда поведение больного более определяется бредом, психотерапевтическая тактика должна быть такой же, как описывается далее при параноидных расстройствах.

Групповая психотерапия при депрессиях у подростков не

показана.

При паранойяльных и параноидных расстройствах психотерапия эффективной бывает только на фоне биологического лечения. Первоначально усилия направлены на то, чтобы хотя бы на время отвлекать больного от болезненных переживаний. Только когда начинается их дезактуализация, можно приступить ко второму этапу — с помощью рациональной психотерапии попытаться способствовать критической переработке бредовых идей и обманов восприятия.

При инкогерентных расстройствах — аментивном синдроме астенической спутанности, остром полиморфном синдроме — чрезвычайно важна психотерапевтическая атмосфера вокруг больного. При нарушениях понимания происходящего больному трудно осмыслить сложные фразы, понять переносное значение слов, а все непонятное усиливает растерянность и тревогу. Больной больше реагирует на интонацию голоса, мимику, простые слова. Благоприятно действуют доброжелательное отношение, ласковый спокойный тон, понятные простые фразы.

При остром полиморфном синдроме особенно важна индивидуальная успокаивающая психотерапия. Такой подросток не должен быть предоставлен самому себе, лекарствам и влиянию соседей, которое нередко воспринимается через призму болезненного отношения. В простых словах подростку надо объяснить, что его переживания — следствие болезни, нервного расстройства, что необходимо лечение, что выздоровление и возвращение домой вполне возможны. Как только с помощью лекарств тревога и напряжение снимаются, необходимо приступить к отвлекающей психотерапии.

При апатобулических расстройствах целью психотерапии является социальная активация, предотвращение нарастания аутизации, поэтому главным методом становится групповая психотерапия. Начинать лучше с невербальных групповых методов и постепенно стараться включить больного в дискуссии. Полезными бывают также специальные групповые занятия типа коммуникативного тренинга — обучение элементарным формам общения в быту.

При гебефренокататоническом синдроме психотерапия неэффективна.

Семейная психотерапия необходима при всех формах шизофрении. Она должна начинаться с индивидуальных бесед с каждым членом семьи в отдельности.

Первой задачей является семейный диагноз [Howells J., 1971], который включает определение типа семьи, оценку внутри-

семейных отношений, выяснения роли каждого члена семьи в жизни подростка, его отношения к подростку и подростка к нему. Для подростков, больных вялотекущей шизофренией, особенно характерной является ригидная псевдосолидарная семья [Эйдемиллер Э. Г, 1978]. В ней безоговорочно доминирует один из ее членов, чаще всего мать, при пассивной зависимости от нее всех других. Семейная жизнь жестко регламентирована. Отсутствует двусторонняя эмоциональная теплота. У некоторых членов этой семьи, чаще у отца, существует свой маленький автономный мирок, оберегаемый от вторжения других, особенно властного семейного лидера. Отношение больного шизофренией подростка к матери складывается по-разному. Чаще возникают и постепенно нарастают негативное отношение, враждебность, стремление высвободиться из-под ее опеки. В Крайних случаях это может проявиться агрессией, даже жестокой, в отношении к матери. В других случаях обнаруживается патологическая зависимость от нее. При этом подростку вовсе не свойственно теплое эмоциональное чувство, скорее — это патологическая привычка всегда быть с матерью. В ее отсутствие возникает чувство душевного дискомфорта, появляется немотивированная тревога. Поэтому разлука с матерью, например при госпитализации, переносится крайне тяжело.

О личностных особенностях «типичной матери шизофреника» было сказано ранее (см. стр. 10). В более редких случаях приходится встречаться с матерью другого типа — она отличается холодностью; между ней и другими членами семьи существует незримая дистанция. При заболевании подростка шизофренией она старается уклониться от контактов с врачами, целиком перекладывая всю заботу, тревоги и беспокойства на плечи отца. Отцы же в этих случаях обнаруживают чрезвычайную привязанность к подростку, в какой-то степени в эмоциональном отношении заменяют ему мать, в то же время ищут контакта с врачом, жаждут душевной поддержки.

Второй задачей семейной психотерапии является разъяснение родителям болезненного состояния подростка, особенностей проявления его заболевания. При психопатоподобных, невротоподобных, апатоабулических, стертых аффективных расстройствах, когда проявления психического заболевания неотчетливы, родители бывают склонны приписывать возникающие нарушения непослушанию, лени, упрямству, чудачеству, распушенности и т. п. Важным бывает убедить родителей в необходимости длительного лечения психотропными средствами, контроля за приемом лекарств. Иногда не желая смириться с серьезным психическим заболеванием подростка, родители сами то и дело толкают его на прекращение приема лекарств, надеясь убедиться, что никакой болезни нет, а если и была, то давно прошла. Надо внести также ясность, какие требования для подростка

выполнимы и должны предъявляться, несмотря на болезнь, а какие непосильны для него в связи с болезненным состоянием и предъявление которых не приведет ни к чему, кроме конфликтов и усугубления нарушений.

При аффективных расстройствах возникает еще одна дополнительная задача — члены семьи должны быть ознакомлены с первыми признаками обеих фаз, особенно депрессивной, чтобы не пропустить их начала. От близких требуется известная гибкость в отношении к больному подростку. В период интермиссии они должны относиться к нему как к здоровому, следя лишь за поддерживающим лечением, если оно назначено, и за тем, чтобы подросток не подвергался действию провоцирующих факторов (алкоголь, перегревание на солнце, занятия спортом, если они •опасны черепно-мозговыми травмами, даже легкими, и т. п.), но не ограничивая активности и не снижая требований. При первых признаках депрессии или гипоманиакального состояния родители не должны заниматься самолечением подростка, используя сохранившиеся прежние лекарства — обязательно необходимо обратиться к психиатру.

Третьей задачей является коррекция родительских планов и ожиданий в отношении будущего подростка. Особенно это касается вожеланий в отношении получения им высшего образования, что возможно только в случаях полных и стойких ремиссий. Когда прогноз менее благоприятен, родителей следует ориентировать на обучение подростка профессии, доступной для него, а при злокачественном течении с быстрой инвалидизацией — на приобщение к домашнему труду. Нужно объяснить, что для подростка вредны как непосильные интеллектуальные нагрузки, так и безделье. Последнее особенно усиливает апатоабулические и психопатоподобные расстройства.

Четвертая задача семейной психотерапии — разрешение внутрисемейных конфликтов, гармонизация атмосферы в семье, перестройка взаимоотношений между ее членами. Эта задача не всегда выполнима, особенно в ригидных псевдосолидарных семьях или там, где родители на грани развода. Иногда всю семейную психотерапию приходится ограничивать беседами отдельно с каждым родителем, отдельно с больным подростком, так как совместное обсуждение отношения друг к другу приводит только к обострению конфликтов. Лишь после удачной подготовки всех членов семьи удается собрать их вместе.

**Особенности реабилитации.
Показания к госпитализации и
внебольничному лечению.**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

При психопатоподобных и неврозоподобных расстройствах

лечение в основном должно проводиться во внебольничных условиях (дневной стационар, ночной профилакторий, режим частичной госпитализации, амбулаторное лечение в психоневрологическом диспансере). При внебольничном лечении желательны частые контакты врача с больным, не реже, чем 1 раз в 1—2 нед, пока не установилась хорошая ремиссия.

По данным Л. М. Шмаоновой (1966), около 25 % больных вялотекущей шизофренией ни разу не поступали в психиатрические больницы. Около половины больных госпитализируются 1—2 раза, и лишь у 25 % больных многократно возникает необходимость в госпитализации в связи с ухудшением психического состояния.

Однократная госпитализация может оказаться полезной в целях дифференциальной диагностики. Но в этих случаях либо желательно согласие подростка, либо — обязательно его родителей. В трудных для распознавания случаях характерные психопатоподобные и неврозоподобные симптомы, скорее, обнаруживаются, когда подросток оказывается в окружении незнакомых для него сверстников, в отрыве от дома и семьи и когда оказывается возможным круглосуточное наблюдение за его поведением.

Госпитализация, безусловно, показана при тяжелых патологических нарушениях поведения (агрессия, бродяжничество и др.), при угрозе социально опасных действий, суицидных попытках, при ситуативно обусловленных острых аффективных реакциях.

При неврозоподобных расстройствах показаниями для госпитализации служат аноректический синдром с истощением, суицидные попытки и высказывания; при дисморфофобиях — опасность самокалечения.

Надобность в госпитализации может оказаться также в целях биологического лечения (проведение шоковой терапии, необходимость применения высоких доз психотропных средств, выраженные побочные действия при их применении, требующие неотложной и интенсивной коррекции).

Госпитализация желательна в специальном подростковом отделении, чтобы не отрывать больного от среды сверстников. Продолжительность ее должна быть минимально необходимой, чтобы подросток не отвыкал от привычных условий семьи, учебы, труда. Явления госпитализма у подростков развиваются быстрее, чем у взрослых.

При аффективных расстройствах помещение в больницу необходимо как при маниакальных, так и при депрессивных

фазах, когда они достигают психотического уровня. Но при повторных маниакальных состояниях, если они захвачены в самом начале и еще нерезко выражены, можно ограничиться лечением во внебольничных условиях, если дома может быть обеспечен достаточный надзор. При маниакальной фазе по миновании психомоторного возбуждения и при угасании бредовых переживаний допустима ранняя выписка, но лучше домашние отпуска с постепенным привлечением к труду и учебным занятиям. Подростки, перенесшие маниакальное состояние, склонны бывают бросать поддерживающую терапию, как только их выписывают из больницы. Поэтому ранняя выписка допустима при условии строгого контроля за приемом лекарств до стороны домашних. При нерезко выраженных гипоманиакальных состояниях без угрозы асоциального поведения в случаях благоприятной обстановки дома лечение может проводиться без госпитализации.

При депрессиях, кроме апатической, не следует спешить ни с домашними отпусками, ни с выпиской. Надо помнить о возможности диссимуляции при некотором улучшении состояния. Оценивая выход из депрессии, следует больше ориентироваться на поведение подростка (активность, общение со сверстниками, участие в развлечениях, хороший сон и аппетит, прибавка в массе тела), чем на его высказывания об улучшении настроения. Риск суицида сводится до минимума, если у лечащего врача с больным установлен глубокий доверительный эмоциональный контакт, сохраняемый первое время после выписки.

При паранойяльных и параноидных расстройствах лечение надо начинать в больнице. Бред и галлюцинации делают больного потенциально опасным и для себя, и для других. Лишь после дезактуализации бреда, устранения императивных галлюцинаций при хороших домашних условиях и обеспечения надзора и своевременного приема лекарств можно сперва практиковать короткие (на 1—3 дня), а затем более продолжительные (до 2 нед) домашние отпуска. При устойчивом состоянии выписка возможна до появления критики к болезненным переживаниям, но при условии их дезактуализации.

При инкогерентных расстройствах во всех случаях показана экстренная госпитализация.

Лечение в больнице должно осуществляться до полного выхода из психотического состояния.

При остром гипертоксическом синдроме лечение желательно проводить в реанимационной палате или в палате интенсивной терапии. Больные нуждаются в неусыпном надзоре и

тщательном уходе.

При аментивном синдроме и астенической спутанности также необходимы постоянный уход и строгий надзор; таких больных надо кормить, следить за регулярностью стула и мочеиспускания, за тем, чтобы они мылись, чистили зубы и т. п.

При остром полиморфном синдроме больные обычно способны себя элементарно обслуживать, но за ними надо следить, напоминать о необходимом. Они нуждаются в строгом надзоре в связи с крайней изменчивостью психического состояния и непредсказуемостью поведения — их неожиданные действия могут представить опасность и для них самих, и для окружающих.

При апатоабулических расстройствах, если они нерезко выражены, желательно лечение во внебольничных условиях, например в дневном стационаре, чтобы не отрывать больного надолго от семьи. Госпитализация бывает необходима, если без нее не удастся добиться регулярного приема лекарств, посещения дневного стационара или лечебных мастерских. Иногда помещение в больницу требуется в начале лечения активирующими нейролептиками, когда их растормаживающее действие оказывается слишком выраженным. При злокачественной простой форме длительное пребывание в больнице может быть обусловлено необходимостью строгого надзора, не осуществимого в домашних условиях, а также интенсивной терапией.

При гебефренических расстройствах лечение, как правило, приходится начинать в больничных условиях. Обычно требуется весьма интенсивная терапия психотропными средствами, которую лучше проводить под постоянным врачебным наблюдением. Лишь при заметном улучшении состояния, частичной ремиссии, когда подобраны поддерживающие дозы лекарств, лечение можно проводить во внебольничных условиях, если со стороны семьи обеспечивается достаточный надзор.

При кататонических расстройствах, как при возбуждении, так и при всех видах ступора, показана госпитализация до полного выхода из психотического состояния.

Рекомендации в отношении учебы и труда

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

При психопатоподобных и неврозоподобных расстройствах главной задачей остается по возможности удержать подростка в среде труда, учебы, активной жизни. В зависимости от состояния и поведения подростки могут продолжать учебу или в обычной школе (или с облегченным режимом — сокращенный учебный день, дополнительные выходные дни), или в вечерней школе (с освобождением от работы), или даже проходить

обучение на дому (практикуется до 8-го класса).

Вопрос об учебе в средних специальных и высших учебных заведениях должен решаться индивидуально, в зависимости от состояния больного и профиля учебного заведения. При этом надо учитывать интересы как больного, так и общества в целом. Вряд ли целесообразно приобретение профессии, требующей очень напряженной работы, широких и быстро меняющихся контактов. Даже при хороших и стойких ремиссиях риск рецидива все же достаточно высок, возможны также психогенные декомпенсации в стрессовых ситуациях; поведение больных в этих обстоятельствах трудно предсказуемо. В связи с этим, с точки зрения общественных интересов, неоправданно будет приобретение профессии, при которых в случаях рецидива совершаемые по болезненным мотивам действия больного могут создать угрозу для жизни других людей или иные опасные ситуации.

В остальном при удовлетворительном состоянии перед больным не должны ставиться формальные преграды, обусловленные диагнозом «шизофрения». Подобный официальный диагноз в таких случаях может существенно препятствовать социальной адаптации [Личко А. Е., 1982]. По данным московских диспансеров, среди тех, у кого в подростковом и послеподростковом возрасте был поставлен диагноз вялотекущей шизофрении, т. е. у кого преобладали психопатоподобные и неврозоподобные расстройства, с годами у 31 % этот диагноз был снят в реабилитационных целях [Нисс А. И., 1979]. С другой стороны, оказалось также, что, судя по записям в историях болезни, диагноз вялотекущей шизофрении в 60 % явно маскируется каким-либо другим [Матвеев В. Ф., Барденштейн Л. М., 1982].

Обучение в ПТУ не рекомендуется и обычно не удается. Профессиональную подготовку лучше осуществлять по пути индивидуального ученичества — в коллективе взрослых такие подростки легче адаптируются.

При аффективных расстройствах при хороших полноценных интермиссиях в отношении учебы и выбора профессий не должно быть чрезмерных ограничений, кроме обстоятельств, указанных выше, учитывая, что риск повторных фаз остается достаточно высоким. После перенесенной фазы психотического уровня первые полгода лучше вообще избегать интенсивных учебных нагрузок, особенно участия в конкурсах. Если же наступают частичные ремиссии, например по тимопатическому Типу, то реабилитационная тактика должна быть такой же, как при психопатоподобных расстройствах.

При параноидных и инкогерентных расстройствах рекомендации в отношении учебы и труда зависят от качества ремиссии и

необходимой поддерживающей терапии. Нужно всячески стремиться к тому, чтобы подросток получил неполное среднее (8 классов) и даже среднее образование. При полных ремиссиях и когда для их поддержания достаточны небольшие дозы психотропных средств, возможно бывает обучение в обычной школе. При большой вялости от нейролептиков можно рекомендовать принимать их только во вторую половину дня и на ночь, на утро назначать пирарцетам. При неполной ремиссии или когда поддерживающая терапия нейролептиками сопровождается выраженными побочными действиями, лучше практиковать обучение по облегченной программе — в обычной школе с сокращенным числом уроков, с дополнительным выходным днем, или в вечерней школе, или индивидуальное обучение на дому. Занятия должны быть равномерными, без искусственных напряжений — от экзаменов следует освобождают.

Обучение в ПТУ также не рекомендуется. Профессию лучше приобретать по пути ученичества на предприятиях, особенно там, где работает кто-то из близких. Поступление в высшие и средние специальные учебные заведения (если будущая профессия не создает повышенный риск рецидива и если рецидив заболевания не грозит при данной профессии социально опасными ситуациями) может быть рекомендован только при полных и стойких ремиссиях — не менее чем через год с момента, как полная ремиссия установилась. Попытки поступления лучше делать после того, как подросток предварительно включился в более облегченную систему обучения: прошел подготовительное отделение, повторил программу последнего класса. Напряженные занятия, конкурсные экзамены без предварительной учебной тренировки и вскоре после того, как установилась ремиссия, грозят ухудшением состояния и возможностью рецидива.

При неполных ремиссиях после завершения восьмилетнего образования или при достижении 16-летнего возраста рекомендуется трудоустройство. Нужно стремиться к тому, чтобы больной приобрел несложную, не требующую напряженного труда профессию. Иногда это удается достичь только в лечебных мастерских при психоневрологических диспансерах, но иногда оказывается возможным и на обычной работе, особенно если вместе с подростком трудится кто-либо из его родных.

Важно, чтобы в период ремиссий, даже неполных, подросток не оставался без дела, не был предоставлен праздности. Отдых после больницы не должен быть продолжительным (кроме привычного летнего периода).

При апатоабулических расстройствах вовлечение в учебу и труд

удается только при нерезко выраженных изменениях личности и при поддерживающей терапии активирующими психотропными средствами. В этих случаях рекомендации те же, что и при неполных ремиссиях после приступов с параноидными и инкогерентными расстройствами. Следует только особо подчеркнуть вред безделья и праздности при апатоабулических расстройствах. Такие больные не могут сами чем-то занять себя. Они нуждаются в постоянном стимулировании в отношении активности, труда, учебы по облегченной программе, в отношении выполнения домашних поручений, даже в том, чтобы следить за своей одеждой и чистотой тела.

При тяжелых апатоабулических и гефебренических расстройствах ни учеба, ни систематический труд не удаются. При улучшении состояния следует попытаться втянуть больного хотя бы в какие-нибудь простые занятия.

**Глава 12. Психиатрическая
экспертиза при шизофрении у
подростков. Психиатрическая
экспертиза при направлении в
специальные воспи**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Специальные учреждения — интернаты (с обучением до 8-го класса включительно) и ПТУ с режимом интернатов — созданы для делинквентных подростков, правильное воспитание которых в семье или в обычных интернатах оказалось неосуществимым. Направление в эти специальные учреждения осуществляется комиссиями по делам несовершеннолетних при районных и городских советах народных депутатов.

Однако делинквентное поведение может быть не только следствием семейно-педагогической запущенности, но и проявлением медленно развивающегося психического заболевания, в особенности это относится к психопатоподобным расстройствам при шизофрении. В больших городах в работе комиссий по делам несовершеннолетних обычно принимает участие подростковый психиатр психоневрологического диспансера, в задачу которого входит не пропустить случаи, подозрительные в отношении возможности психического расстройства, и направить такого подростка на обследование. Подозрение в отношении возможного психического расстройства может возникнуть и у родителей, и у инспекторов по делам несовершеннолетних, и у самой комиссии при беседе с подростком. В этих случаях в установленном порядке они могут обратиться в психоневрологический диспансер. В случае надобности подросток диспансером может быть направлен на обследование в психиатрическую больницу или в полустационар.

Если подросток с начинающимся психическим заболеванием окажется в специальном воспитательном учреждении, то он

лишится необходимого лечения, что особенно неблагоприятно при дебютах этих заболеваний, способствует их дальнейшему развитию, вплоть до инвалидизации. Кроме того, больной подросток обычно оказывается неспособным адекватно реагировать на педагогически обоснованные для здоровых воспитательные меры и может дезорганизовать работу воспитательных учреждений.

Все случаи, где в стационаре или полустационаре диагностирована шизофрения, независимо от формы и стадии заболевания, являются противопоказанными для направления в специальные воспитательные учреждения. Состояние ремиссии, даже хорошей и стойкой, также не должно служить исключением, так как помещение в специальное воспитательное учреждение может оказаться причиной рецидива и необходимости возобновления лечения психотропными средствами. Как противопоказания также следует рассматривать случаи, где диагноз остается неясным и необходимо продолжительное наблюдение для дифференциального диагноза между вялотекущей психопатоподобной шизофренией и психопатиями и иными непсихотическими нарушениями.

Заключение о том, что по своему психическому состоянию подросток не должен быть направлен в специальное воспитательное учреждение, а помещен для обследования и лечения в психиатрический стационар или полустационар или взят под наблюдение подростковым кабинетом психоневрологического диспансера, делается врачебно-консультационной комиссией (ВКК) в лечебном учреждении, где проводится обследование подростка.

**Судебно-психиатрическая
экспертиза вменяемости при
шизофрении у подростков**

**Шизофрения у
подростков**
Личко А.Е.

Согласно статье 11 Уголовного кодекса РСФСР и аналогичных статей кодексов других союзных республик, невменяемым признается лицо, которое во время совершения общественно опасных поступков «не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния». На основании этого считается, что суждение о невменяемости основывается на двух неразрывно связанных между собой критериях — медицинском (диагноз и отнесение к одной из четырех перечисленных категорий — хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния) и юридическом (указание на то, что они достигали такой степени, что исключали вменяемость).

Шизофрения относится к хроническим душевным болезням. Отсюда возникло и широко распространилось убеждение, что диагноз шизофрении сам по себе уже непременно означает невменяемость. Например, Д. Р. Лунц (1966) утверждал правомерность отнесения шизофрении к группе заболеваний, сама диагностика которых обуславливает решение о невменяемости. Действительно, по сути дела, вопрос о судебно-психиатрической оценке больных шизофренией практически решался однозначно: за редчайшими исключениями, все больные признавались невменяемыми. Крайне редкие исключения составляли случаи многолетних (15—20 лет) полных ремиссий [Подрезова Л. А., 1983].

Еще в 1923 г. Е. Kahn писал о возможности признания вменяемыми больных шизофренией при остановке процесса с незначительным дефектом. Аналогичная точка зрения неоднократно высказывалась советскими психиатрами [Бунеев А. Н., 1931; Халецкий А. М., 1938].

Г. В. Морозов (1977) отметил, что в принципе возможность признания больного шизофренией вменяемым не отрицается, но даже при хорошей ремиссии суждение о вменяемости должно выноситься с очень большой осмотрительностью. Только в случаях, если ремиссия была стойкой, многолетней, без выраженных изменений личности, при удовлетворительной социальной адаптации и если психотравмирующая ситуация в связи с привлечением к уголовной ответственности не обусловила каких-либо изменений состояния, внушающих подозрения в отношении возможного рецидива, заключение о вменяемости может быть правомерным. У подростков, перенесших очевидный шизофренический шуб и в последующем в состоянии полной ремиссии совершивших противоправное действие, соответствие всем этим критериям представляется большой редкостью [Личко А. Е., 1985].

У взрослых, больных шизофренией, заключение о вменяемости также выносится весьма редко. Анализ экспертиз Института им. В. П. Сербского показал, что с 1975 по 1980 г. из 2267 больных, которым экспертными комиссиями был поставлен диагноз шизофрении, вменяемыми были признаны только 13, т. е. 0,6 % [Печерникова Т. П., Шостакович Б. В., 1983]. Однако только за 2 года (1978—1979 гг.) в том же институте у 122 больных с «шизофренией в анамнезе» (следует заметить, что это, видимо, не анамнез со слов больных и их родственников, а истории болезни из различных психиатрических больниц, изъятые для проведения экспертизы) диагноз экспертными комиссиями был изменен на психопатию, последствия органического поражения головного мозга и другие непсихотические расстройства, что позволило во время ремиссии признать этих больных вменяемыми. Катамнезы

сроком 2—4 года показали, что у 10 % больных диагноз шизофрении пришлось восстановить, а больных экскульпировать [Смирнова Г. Г., 1983].

С нашей точки зрения, подобные изменения диагноза у подростков, если диагноз шизофрении в прошлом документирован историями болезни, не рациональны. При стойкой (более года) хорошей (без выраженных изменений личности по шизофреническому типу) ремиссии, если подросток совершил противоправное действие не по болезненным побуждениям, вполне отдавая отчет в своих действиях, и был способен руководить ими, его следует признать вменяемым без изменения диагноза. При неполных, в частности психопатоподобных, ремиссиях вопрос о вменяемости должен решаться индивидуально. При выраженных психопатоподобных расстройствах, особенно не соответствующих преморбидной акцентуации характера, их сочетании с выраженными невротоподобными нарушениями, при наличии интравертированности, эмоциональной холодности и неадекватности, стереотипности поведения, противоправные действия обычно совершаются либо по болезненным мотивам, либо вследствие пассивной подчиняемости стеничным лидерам асоциальных компаний, либо больной не отдает себе отчета в содеянном.

При шизоаффективных психозах вменяемость может быть констатирована только при стойких (более года) и полных интермиссиях. Психопатоподобные изменения во время интермиссий могут быть следствием повторных и быстро сменяющих друг друга фаз. Подобные случаи могут быть оценены как «хроническая душевная болезнь», что исключает вменяемость, несмотря на наличие светлых промежутков.

Гораздо труднее оценка делинквентных эквивалентов гипоманиакальных состояний и депрессий. Диагноз шизоаффективного психоза оправдан лишь в тех случаях, когда ранее наблюдались явные маниакальные или депрессивные фазы психотического уровня.

Принудительное лечение подростков при шизофрении

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Согласно статье 58 Уголовного кодекса РСФСР, суд может определить принудительное лечение в психиатрической больнице специального или общего типа. Для подростков обычно назначается второе. В. А. Гурьева (1980) рекомендовала проводить это лечение в подростковых отделениях психиатрических больниц, где более квалифицированно может быть осуществлена реабилитация. Однако если совершенные общественно опасные действия были сопряжены с тяжелой агрессией или имеются выраженные садистские или

гомосексуальные наклонности, принудительное лечение лучше осуществлять в отделениях для взрослых.

Суд не устанавливает срока принудительного лечения. Однако больные, находящиеся на принудительном лечении, не реже, чем 1 раз в 6 мес, должны освидетельствоваться компетентной комиссией, которая может дать заключение о возможности прекращения принудительного лечения, но решение о его отмене принимает только суд. Основанием для подобного заключения может быть стойкая хорошая ремиссия (не обязательно полная, но, безусловно, открывающая возможности для удовлетворительной социальной адаптации и при отсутствии признаков, указывающих на вероятность скорого рецидива). В ответственных случаях рекомендуется прервать поддерживающее лечение и проследить в течение 2—3 нед за картиной «реакции отмены».

Список литературы

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Абрамова Л. И., Цуцульковская М. Я., Элиава В. Н. К вопросу о типологии конечных состояний юношеской злокачественной шизофрении (клинико-катамнестическое исследование).— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, т. 82, в. 4, с. 579—585.

Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А. Эпилептические психозы у детей и подростков.— Л.: Медицина, 1979, 144 с.

Авруцкий Г. Я., Вовин Р. Я., Личко А. Е., Смудевич А. Б. Биологическая терапия психических заболеваний.— Л.: Медицина, 1975, 312 с.

Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных.— М.: Медицина, 1981, 496 с.

Александров А. А. О преморбидных особенностях характера у подростков с вялотекущей шизофренией.— В кн.: Патохарактерологические исследования у подростков. Л., 1981, с. 97—102.

Антропов Ю. Ф. О некоторых методах преодоления терапевтической резистентности при шизофрении у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1981, в. 10, с. 1522—1526.

Барзах Е. Н. Юношеская астеническая несостоятельность и предболезнь.— В кн.: Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. Л., 1986, с. 50—56.

Башина В. М. Катамнез больных ранней детской шизофренией (ее неблагоприятного варианта).— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 10, с. 1522—1527.

Башина В. М., Симашкова Н. В. О клинических особенностях

бредовых приступов при острой приступообразной шизофрении у детей и подростков.— В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М.: ВНЦПЗ, 1986, с. 28—39.

Белов В. П., Демонова Д. П. О нозологических особенностях синдрома бредоподобных фантазий при шизофрении и психопатиях.— В кн.: Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. М., 1980, с. 3—10.

Беляев Б. С. О клинических особенностях алкоголизма у больных с гебоидной формой шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, в. 3, с. 557—563.

Бильжо А. Г. Длительные состояния на уровне практического выздоровления после атипичных пубертатных шизофренических приступов со сверхценными расстройствами типа «метафизической интоксикации».— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 5, с. 736—742.

Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика.— Киев: Здоровья, 1986, 280 с.

Большаков А. Г., Илюнин В. Д. Особенности динамики шизофрении с психопатоподобными нарушениями у подростков (по данным отдаленного катамнеза).— В кн.: Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста. М., 1976, с. 122—128.

Вартанян М. Е. Генетические исследования психических заболеваний.— В. кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. М.: Медицина, 1983, т. 1, с. 115—133.

Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния.— Л.: Медицина, 1982, 192 с.

Бовин Р. Я., Вахов В. П. Исследование эффективности некоторых методов устранения терапевтической резистентности при шизофрении.— В кн.: Фармакодиагностика и фармакотерапия в психиатрии. Л., 1973, с. 36—43. *Воловик В. М., Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С.* Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией.— В кн.: Ранняя реабилитация психически больных.— Л., 1984, с. 39—46.

Волошин В. М. Сравнительно-возрастное исследование тревожной депрессии у подростков и юношей.— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 10, с. 1547—1551.

Воробьев В. Ю., Нефедьев О. П. Трудовая адаптация больных вялотекущей шизофренией с изменениями типа *Verschrobene* —

В кн.: Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Л., 1986, с. 176—177.

Воронков Б. В. О некоторых особенностях клиники шизофрении у подростков в зависимости от пола.— Журн. невропатол. и психиатр., 1978, в. 10, с. 1528—1531.

Вроно Е. М. Об особенностях суицидального поведения при депрессивных состояний у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1978, - 1, с. 128—130.

Вроно М. III. Шизофрения у детей и подростков. Особенности клиники и течения.— М.: Медицина, 1971, 128 с.

Вроно М. III. О гебоидной шизофрении у детей.— В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков. М.: 1981, с. 33—41.

Вроно М. III. Шизофрения в детском и подростковом возрасте.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. М.: Медицина, 1983, т. 1, с. 355—373. ^ *Вроно М. III.* Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект).— В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М.: ВНИЦПЗ,,, 1986, с. 3—13. *Гуревич М. О.* Психопатология детского возраста. — М., 1927, 212 с.

Гурович И. Я., Вишневская Л. Я., Прейс В. Б. К анализу популяции подростков с психическими заболеваниями.— Журн. невропатол. и психиатр., 1983, в. 10, с. 1539—1544.

Гурьева В. А., Вандыш В. В., Шилина З. М. Сравнительно-нозологическая характеристика синдрома фантазирования в период пубертатного криза (судебно-психиатрический аспект). — Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 1, с. 81—86.

Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., Исаченкова М. П. К изучению клинических особенностей психопатоподобной шизофрении в детском и подростковом возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1980, в. 10, с. 1532—1535.

Данилова Л. Ю. Особенности течения циклотимоподобной шизофрении пубертатного возраста.— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 10, с. 1539—1543.

Джартов Л. Б. Психопатоподобные состояния в инициальной стадии шизофрении у подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1965, в. 7, с. 1045.

Дмитриев А. С. К вопросу о динамике психопатоподобных состояний у больных непрерывнотекущей шизофренией, находящихся на принудительном лечении.— В кн.: Клинические

и организационные вопросы судебной психиатрии. Орел, 1978, с. 133—137.

Дмитриева Т. Б. К вопросу о дифференциальной диагностике депрессивных состояний в пубертатном возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1980, в. 2, с. 237—242.

Дубницкая Э. Б. К вопросу о потомстве больных неврозоподобной шизофренией.— В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М.: ВНИЦПЗ, 1986, с. 129—135.

Дубницкий Л. Б. Клиническая типология состояний метафизической интоксикации в юношеском возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, в. 3, с. 432—439.

Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. М.: Медицина, 1977, 168 с.

Жариков Н. М. Эпидемиология психических заболеваний.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. М.: Медицина, 1983, т. 1, с. 224—231.

Жезлова Л. Я. Об особенностях формирования суицидальных тенденций у больных шизофренией в детском и подростковом возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1978, в. 10, с. 1563—1566.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. Изд. 2-е пер. и доп. М.: изд. МГУ, 1986, 288 с.

Зеневич Г. В. Ремиссии при шизофрении.— Л.: Медицина, 1964, 216 с.

Иванов Н. Я., Озерецковский С. Д., Вдовиченко А. А., Капитанаки В. Ю., Скродский Ю. А. Об использовании патохарактерологического Диагностического Опросника (ПДО) для диагностики и прогноза при вялотекущей психопатоподобной шизофрении у подростков.— В кн.: Психопатические расстройства у подростков. Л., 1987, с. 101 — 105.

Извольский С. А. О длительных психозах при юношеской психопатоподобной гебоидной шизофрении (атипичный вариант течения).— Журн. невропатол. и психиатр., 1983, в. 1, с. 67—73.

Иовчук Н. М. Отдаленные результаты терапии литием подростков, больных приступообразной шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1980, в. 10,

с. 1546—1548.

Иовчук Н. М., Козлова И. А., Результаты лечения эглонилом детей и подростков, больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, в. 10, с. 1559—1563.

Исаев Д. Д. Об особенностях сексуальности подростков мужского пола, больных шизофренией.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1986, с. 104—106.

Исаев Д. Д. О сексуальных девиациях и перверзиях при шизофрении, психопатиях и олигофрении у подростков мужского пола.— Журн. невропатол. и психиатр., 1987, в. 10, с. 1522—1527.

Исаев Д. Н. Астеническая спутанность у подростков.— В кн.: Проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1964, с. 254—262.

Исаев Д. Н. Диагностика шизофрении у детей и подростков.— В кн.: Алкогольные и экзогенно-органические психозы. Л., 1978, с. 144—148.

Исаев Д. Н., Александрова Н. В., Возрастные особенности инфекционных психозов у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1983, в. 2, с. 267—271.

Исаченкова М. П. Сверхценные образования в структуре формирующейся психопатии и психопатоподобной шизофрении в пубертатном периоде.— В кн.: Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1984, с. 120—129.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Изд. 2-е доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1985, 216 с.

Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983, 312 с.

Карвасарский Б. Д. Медицинская психология.— Л.: Медицина, 1982, 272 с.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия.— М.: Медицина, 1985, 304 с.

Кашкаров В. И. Исследование изменений личности у больных периодическими психозами.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, в. 4, с. 642—647.

Кашникова А. А. Некоторые аспекты патоморфоза шизофрении у

детей и подростков.—»В кн.: Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста. М., 1976, с. 36—43.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1979, 608 с.

Ковалев В. В. Психический дизонтогенез как клинко-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста.— Журн. невропатол. и психиатр., 1981, в. 10, с. 1505—1509.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.— М.: Медицина, 1985, 288 с.

Ковалев В. В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья в детском возрасте и ее значение для профилактики.— В кн.: Психогигиена детей и подростков. М., Медицина, 1985, с. 56—65.

Ковалев В. В., Сосюкало О. Д. К совершенствованию систематики психических заболеваний у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1984, в. 10, с. 1506—1509.

Козюля В. Г. Длительные стойкие ремиссии при малопрогрессирующей юношеской шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, в. 9, с. 1366—1371.

Комлач И. Л. Особенности клиники и динамики эндогенных депрессий, возникающих в подростковом возрасте (клинко-катамнестическое исследование).— Журн. невропатол. и психиатр., 1984, в. 10, с. 1551 —1556.

Кондратьев Ф. В. Судебно-психиатрическое значение психопатоподобных состояний /три шизофрении.— В кн.: Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982, с. 108—115.

Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте.— М.: Медицина, 1984, 224 с.

Коркина М. В., Цивильно М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия.— М.: Медицина, 1986, 176 с.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Соколова Е. Т. Об особом варианте патологии влечений при шизофрении с синдромом нервной анорексии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 11, с. 1689—1694.

Красик Е. Д., Смолянинова В. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента хронически больных шизофренией «нового типа».— Журн. невропатол. и — психиатр., 1985, в. 5, с.

742—746.

Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. Изд. 2-е пер. и доп.— М.: Медицина, 1984, 272 с.

Лакосина Н. Д., Панкова О. Ф., Беззубова Е. Б. Клинические особенности острых фобий с сомато-вегетативными расстройствами при неврозах и мало-прогредиентной шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, с. 11, с. 1684—1689.

Лебединская К. С., Немировская С. В. Клинические варианты дисморфофобического синдрома при шизофрении у подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 83—88.

Леденев Б. А., Шевченко Ю. С. Феномен визуализированных представлений у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, в. 12, с. 1818—1823.

Личко А. Е. Новое в инсулиншоковом лечении психозов.— Л.: Медицина, 1970, 120 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуация характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977, 208 с. Изд. 2-е доп. и перераб., Л.: Медицина, 1983, 256 с.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей.— Л.: Медицина, 1979, 336 с. Изд. 2-е доп. и перераб., Л.: Медицина, 1985, 416 с.

Личко А. Е. Вялотекущая шизофрения как особая форма психического заболевания.— В кн.: Материалы Первого съезда невропатологов, психиатров и нейрохирургов Армении. Ереван: Айастан, 1980, с. 383—385.

Личко А. Е. Реабилитация подростков с эндогенными психическими заболеваниями.— В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 140^145.

Личко А. Е. Непсихотические нарушения в новой американской классификации психических расстройств (DSM-III).— Журн. невропатол. и психиатр., 1983, в. 2, с. 286—290.

(*Личко А. Е.*) Lichko A. E. Special Adolescent Diagnosis.— In: Current psychiatric therapy, 1986, vol. 23, p. 225—233.

Личко А. Е., Вдовиченко А. А., Капитанаки В. Ю. и др. Прогноз при дебютах вялотекущей психопатоподобной и

неврозоподобной шизофрении у подростков мужского пола (по данным многолетнего катамнеза).— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, т. 86, в. 10, с. 1517—1521.

Личко А. Е., Иванов Н. Я., Озерецковский С. Д., Скроцкий Ю. А. Дискордантность в характере как ранний признак вялотекущей шизофрении у подростков.— В кн.: Актуальные вопросы психиатрии. Таллинн, 1984, т. II, с. 82—84.

Личко А. Е., Озерецковский С. Д. Особенности клиники и течения шизоаффективных психозов у подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1980, в. 10, с. 1524—1528.

Матвеев В. Ф., Барденштейн Л. М., Курашов А. С. К проблеме прогноза психопатоподобных состояний подросткового возраста (клинико-катамнестическое исследование).— В кн.: Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1983, в/ 1, с. 122—124.

Матвеев В. Ф., Кочергина Ю. В., Прокудин В. Н. Клиническая динамика сенестоипохондрических неврозоподобных расстройств при шизофрении, начавшейся в подростковом возрасте (клинико-катамнестическое исследование).— Журн. невропатол. и психиатр., 1985, в. 10, с. 1545—1549.

Матвеев В. Ф., Курашов А. С., Барденштейн Л. М. К вопросу о клинических особенностях некоторых вариантов шизофрении в подростковом возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, в. 10, с. 1403—1406.

Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении.— М.: Медгиз, 1963, 198 с.

Местиашвили М. Г., Рухадзе Н. В., Джигбашвили Н. И. и др. Влияние экзогенных факторов на клинические особенности инициальных расстройств при шизофрении подросткового возраста.— Журн. невропатол. и психиатр., 1984, в. 10, с. 1531 — 1533.

Михайлова В. А. Особенности клиники и течения амбулаторной шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1981, в. 1, с. 98—104.

Мнухин С. С. О границах шизофрении у детей и подростков.— В кн.: Шизофрения. М., 1962, с. 77.

Морозов В. М., Тарасов Ю. К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1951, в. 4, с. 44—47. *Морозов Г. В.* Особенности клиники шизофренического процесса в подростковом

возрасте.— Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1950, 16 с.
Морозов Г. В. Шизофрения.— В кн.: Руководство по судебной психиатрии.— М.: Медицина, 1977, с. 126—158.

Морозов П. В. О прогнозе юношеской шизофрении с дисморфофобическими расстройствами (по данным катамнеза). — Журн. невропатол. и психиатр., 1976, в. 9, с. 1358—1366.

Морозов П. В. О клинической типологии дисморфофобических состояний при юношеской шизофрении. — Журн. невропатол. и психиатр., 1977, в. 1, с. 114.

Наджаров Р. А. Формы течения.— В кн.: Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972, с. 16—76.

Наджаров Р. А., Смулевич А. Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. М.: Медицина, 1983, т. 1, с. 304—355.

Наталевич Э. С. Вопросы дифференциального диагноза психогенных дебютов шизофрении и реактивных депрессий у несовершеннолетних правонарушителей.— В кн.: Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. М., 1970, с. 93—98.

Нисс А. И. О некоторых клинических особенностях и социальном статусе больных вялотекущей шизофренией, состоящих на диспансерном учете.— В кн.: Новые методы терапии и реабилитации психически больных во внебольничных условиях. М., 1979, с. 123—125.

Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация.— Л.: Медицина, 1981, 208 с.
Озерецковский Д. С. К учению о формах шизофрении: Медленно текущая шизофрения.— Журн. невропатол. и психиатр., 1961, в. 6, с. 875—880.

Озерецковский Д. С. О медленно текущей шизофрении и ее психопатоподобном варианте.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 19—25.

Озерецковский С. Д. Особенности течения периодической шизофрении с аффективными нарушениями и маниакально-депрессивного психоза у подростков.— В кн.: Психиатрия, невропатология и нейрохирургия. Рига, 1974, с. 104—108.

Озерецковский С. Д. Шизофрения и шизоаффективные психозы у подростков.— В кн.: Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования. Л., 1976, с. 84—86.

Озерецковский С. Д. О скрытых депрессиях у подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, в. 2, с. 212—126.

Озерецковский С. Д. Особенности преморбидной личности при эндогенных депрессиях у подростков.— В кн.: Патохарактерологические исследования у подростков. Л., 1981, с. 90—97.

Пантелеева Г. П., Цуцульковская М. Я., Беляев Б. С. Гебоидная шизофрения.— М.: Медицина, 1986, 192 с.

Пекунова Л. Г. О некоторых особенностях преморбиды больных юношеской злокачественно-прогредиентной шизофренией — Журн. невропатол. и психиатр., 1974, в. 3, с. 433—439.

Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении.— М.: Медицина, 1974, 168 с.

Поляков Ю. Ф., Мелешко Т. К., Литвак В. А. и др. О связи особенностей мыслительной деятельности с типологическими характеристиками мышления (на материале исследования больных шизофренией и их родственников).— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, в. 12, с. 1838—1842.

Попов Ю. В. Этапы и систематика психопатий и психопатоподобных расстройств непсихотического характера у подростков (многолетнее исследование).— Журн. невропатол. и психиатр., 1985, в. 10, с. 1506—1511.

Попов Ю. В. Этапы компенсации психопатоподобных нарушений у подростков.— В кн.: Новое в теории и практике реабилитации психически больных. Л., 1985, с. 119—123.

Попов Ю. В. Лонгитудинальное изучение психопатий и психопатоподобных нарушений непсихотического характера.— В кн.: Психопатические расстройства у подростков. Л., 1987, с. 8—12.

Попов Ю. В. Классификация психопатических нарушений у подростков.— В кн.: Психопатические расстройства у подростков. Л., 1987, с. 64—70.

Пушков В. В., Харитонов Р. А., Щелкунов Е. Л. Лечение психозов у детей холинолитическими комами.— В кн.: Биологическая терапия в системе реабилитации психически больных. Л., 1980, с. 111 — 115.

Руднева И. К. Синдром патологического фантазирования при малопрогредиентной шизофрении у детей.— В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М.: ВНИПЗ,

1986, с. 39—50.

Руководство по психиатрии в двух томах / Под ред. А. В. Снежневского.— М.: Медицина, 1983, т. 1, 480 с., т. 2, 544 с.

Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. Изд. 3-е доп. и перераб.—Ташкент: Медицина Уз. ССР, 1985, 719 с.

Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова.— М.: Медицина, 1977.

Саарма Ю. М. Некоторые принципиальные вопросы диагностики шизофрении.— В кн.: Актуальные вопросы психиатрии. Таллинн, 1984, т. II, с. 133—135.

Сарсембаев К. Т. Критерии клинического прогноза вялотекущей шизофрении на ближайшем и отдаленном этапах течения заболевания (по данным клинко-эпидемиологического исследования).— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 1, с. 65—73.

Северный А. А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности.— Журн. невропатол. и психиатр., 1985, в. 11, с. 1674—1680.

Семичов С. Б. К уточнению понятия психической дезадаптации в клинической психиатрии.—В кн.: Реабилитация больных психозами. Л., 1981, с. 51—61.

Семичов С. Б. Теоретическая подоплека новейшей американской классификации психических заболеваний.— Журн. невропатол. и психиатр., 1984, в. 3, с. 457.

Семке В. Я., Авдеенко А. А., Бабушкина Л. У. и др. К проблеме клинко-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, в. 10, с. 1517—1523.

Симашкова Н. В. Клинические особенности острых полиморфных приступов пубертатной шизофрении.—Журн. невропатол. и психиатр., 1983, в. 10, с. 1533—1539.

Симашкова Н. В. Об особенностях ремиссии у подростков, больных рекуррентной и приступообразной шизофренией (сравнительное клинко-катамнестическое исследование).— В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М.: ВНЦПЗ, 1986, с. 51—60.

Симашкова Н. В., Башина В. М. Клинико-катамнестическое изучение больных приступообразно-прогредиентной

шизофренией, переносивших в детстве аффективные, тревожно-аффективные, аффективно-галлюцинаторные и в подростковом возрасте развернутые галлюцинаторно-бредовые приступы.— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 10, с. 1528—1533.

Смирнова Т. А. Вялотекущая шизофрения, дебютировавшая искаженным пубертатным кризом.— Судебно-психиатрическая экспертиза. М., 1980 № 34 с. 76—83.

Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния.— М.: Медицина, 1987, 240 с.

Смулевич А. Б., Воробьев В. Ю., Дубницкая Э. Б. и др. Интенсивная психофармакологическая терапия малопрогрессирующей шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1985, в. 1, с. 94—100.

Снежневский А. В. Формы шизофрении.— В кн.: Материалы 5-го Всес. съезда невропатологов и психиатров. М., 1969, т. 3, с. 468—476.

Снежневский А. В. Клиническая психопатология.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. М.: Медицина, 1983, т. 1, с. 16—96.

Сосюкало О. Д. О закономерностях возрастного патоморфоза ипохондрических проявлений при шизофрении у детей и подростков.— В кн.: Сравнительно-возрастные аспекты нервных и психических заболеваний. Свердловск, 1982, с. 41—43.

Сосюкало О. Д., Большаков А. Г., Кашникова А. А. О влиянии фактора акселерации на формирование клинической картины шизофрении у подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1978, в. 10, с. 1523—1527.

Сосюкало О. Д., Кашникова А. А., Большаков А. Г. Основные закономерности патоморфоза психопатоподобных проявлений шизофрении у детей и подростков.— В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков. М., 1981, с. 24—33.

Сосюкало О. Д., Кашникова А. А., Татарова И. Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессии у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1983, в. 10, с. 1522—1526.

Стамболова С. Оценка психопатоподобного поведения подростков, больных шизофренией.— В кн.: Патологические формы девиантного поведения у детей и подростков. М., 1986, с. 63—64.

Сухарева Г. Е. Клиника шизофрении у детей и подростков: Течение, прогноз, систематика. Госмедиздат УССР, часть I, 1937, 108 с.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медгиз, т. I, 1955, 458 с.; т. II, 1959, 406 с.

Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы.— М.: Медицина, 1974, 320 с.

Татарова И. Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессии у детей и проблема школьной дезадаптации.— В кн.: Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. Ташкент, 1984, с. 235—236.

Тиганов А. С. Фебрильная шизофрения.—М.: Медицина, 1982, 128 с.

Ушаков Г. К. Пограничные невро-психические расстройства. М.: Медицина, 1978, 400 с.

Фелинская Н. И., Гурьева В. А. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.— В кн.: Руководство по судебной психиатрии. М.: Медицина, 1977, с. 380—397.

Харитонов Р. А., Щелкунов Е. Л., Пушкин В. В. Лечение психозов холинолитическими комами.—Журн. невропатол. и психиатр., 1977, в. 9, с. 1399—1402.

Харитонов Н. К. Клинические варианты дебютов шизофрении у несовершеннолетних правонарушителей.— В кн.: Актуальные вопросы социальной психиатрии. Валдай, 1979, с. 124—126.

Херсонский Б. Г. Клиническое значение «пустой символики» в пиктограмме.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, в. 12, с. 1743—1747.

Цуцульковская М. Я. Некоторые особенности развития юношеской шизофрении в свете отдаленного анамнеза.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, в. 5, с. 604—611.

Цуцульковская М. Я., Абрамова Л. И., Шахматова И. В. и др. Конечные состояния юношеской злокачественной шизофрении (клинико-анамнестические корреляции).—Журн. невропатол. и психиатр., 1982, в. 7, с. 1077—1087.

Цуцульковская М. Я., Извольский С. А., Бильжо А. Г., Копейка Г. И. Ранняя диагностика, разновидности исходов и прогноз юношеской шизофрении, дебютирующей сверхценными расстройствами типа «метафизической интоксикации» (данные

отдаленного катамнеза).—Журн. невропатол. и психиатр. 1986, в. 1, с. 73—81.

Цуцульковская М. Я., Орлова В. А., Михайлова В. А. Об атипичных депрессиях в дебюте эндогенных заболеваний юношеского возраста (клиника и дифференциальная диагностика).— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, в. 11 с. 1700—1707.

Цуцульковская М. Я., Пантелеева Г. П. Клиника и дифференциально-диагностическая оценка некоторых психопатологических синдромов пубертатного возраста.— В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста М.: ВНИЦПЗ, 1986. с. 13—28.

Шевченко Ю. С. К вопросу дифференциальной диагностики невроза навязчивых состояний и шизофрении в детском возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр 1981, т. 10, с. 1518—1522.

Шейнина Н. С. К вопросу о предвестниках шизофрении.— В кн.: Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. Л., 1986, с. 82—88.

Шендерова В. Л. Клинико-генетическое исследование малопрогрессирующей и злокачественной юношеской шизофрении.—Журн. невропатол. и психиатр, 1974 в. 1, с. 76-84.

Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А. В. Снежневского.—М.: Медицина, 1972, 400 с.

Шизофрения: Судебно-психиатрический аспект / Под ред. Г. В. Морозова М., 1983. 198 с.

Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Вроно М. Ш. Опыт эпидемиологического изучения детской шизофрении.—Журн. невропатол. и психиатр., 1980, в. 10, с. 1514—1520.

Шумаков В. М., Скобло Г. В. Факторы, способствующие дезадаптации во время школьного обучения в преморбидном периоде больных шизофренией.— В кн.: Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. Ташкент, 1984. с. 248—250.

Эйдемиллер Э. Г. Исследование взаимоотношений между подростками, больными шизофренией, и их родителями.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 48—55.

Элиава В. Н. Гебоидные дебюты прогрессирующих форм

юношеской шизофрении (клиника и вопросы прогноза на основе данных отдаленного катамнеза).— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, в. 11, с. 1707—1715.

Achte K., Tuulio-Henriksson A. Schizophrenia and schizo-affective psychosis — Psychiatr. Clin., 1983, vol. 16, № 2/4, p. 126—140.

Anderson A. E., Mickalide A. G. Anorexia nervosa in the male: An underdiagnosed disorder.— Psychosomatics, 1983, vol. 24, № 12

p. 1066—1075. *Angst J.* Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizoaffektiver Erkrankungen und Psychosen Ergebnisse einer prospektiven Studie.— Fortschr. Neurol. u. Psychiatr., 1980, Bd. 48, № 1, S. 3—30.

Angst J., Isele R., Scharfetter Ch., Scheidegger P. Zur pramorbiden Persönlichkeit Schizophrener.— Schweiz. Arch. Neurol. u. Psychiatr., 1985, Bd. 136, № 1, S. 45—53.

Berg E., Lundelius A., Petterson U., Saturn I. Schizo-affective psychoses: A long-term follow-up.— Acta psychiatr. scand., 1983, vol. 67, № 6, p. 389—398.

Berlin F. S., Bergey G. K., Money J. Periodic psychosis of puberty.— Amer. Journ. Psychiatr., 1982, vol. 139, № 1, p. 119—121.

Bleuler E. Lehrbuch der Psychoatrie. 14 Aufl. Neubearb. von M. Bleuler.— Berlin; Heidelberg u. a.: Springer Verlag, 1979, 706 S. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3 ed. (DSM-III).— Washington: Amer. Psychiatr. Ass., 1980, 494 p.

Evans J. Adolescent and pre-adolescent psychiatry.— London, 1982, 448 p.

Feldman R. B., Guttman H. A. Families of borderline patients: Literal-minded parents, borderline parents, and parental protectiveness.— Amer. Journ. Psychiatr., 1984, vol. 141, № 11, p. 1392—1396.

Frommer E. A. Support and treatment for psychiatrically disturbed adolescents in a day hospital. — Acta paedopsychiatr., 1983, vol. 49, № 3/4, p. 141 — 148.

Gillberg Ch. Autistic children growing up: Problems during puberty and adolescence.— Develop. Med. a. Child Neurol., 1984, vol. 26, p. 122—129.

Glatzel J., Huber G. Zur Phänomenologie eines Typus endogener juvenil-asthenischer Versagenssyndrome.— Psychiatr. Clin., 1968, № 1, S. 13—31.

Harbauer R., Lempp., Nissen G., Strunk P. Lehrbuch der speziellen Kinder-und Jugendpsychiatrie.— Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1980, 535

S. Haslam M. T. Psychiatric illness in adolescence: Its psychopathology and prognosis.— London; Boston: Butterworths, 1975, 124 p.

Hoch P., Polatin J. Pseudoneurotic form of schizophrenia.— Psychiatr. Quart., 1949, vol. 23, № 2, p. 248—278.

Holmesand P., Astrup C. Pseudoneurotic and pseudopsychopathic schizophrenia: A follow-up. — Neuropsychobiology, 1984, vol. 12, № 2/3, p. 101 — 105.

Hsu L. K. G., Crisp A. H., Harding B. Outcome of anorexia nervosa.— Lancet, 1979, № 8107, p. 61—65.

psychotic adolescents.— Amer. Journ. Psychiatr., 1982, vol. 139, № 7, p. 932—935.

Jefferson J. W. The use of lithium in childhood and adolescence: An overview.— Journ. Clin. Psychiatr., 1982, vol. 43, № 5, p. 174—177.

Kahlbaum K. Liber Heboidophrenie. — Allg. Z. Psychiatr., 1890, Bd. 46. № 4, S. 461—474.

Kraepelin E. Psychiatrie. 8 Aufl.— Leipzig, 1915. *Maloney M. J., Farrell M. K.* Treatment of severe weight loss in anorexia nervosa with hyperalimentation and psychotherapy. — Amer. Journ. Psychiatr., 1980, vol. 137, № 3, p. 310—314.

McGlashan T. H. Predictors of shorter-, medium-, and longer-term outcome in schizophrenia.—Amer. Journ. Psychiatr., 1986, vol. 143, N. 1, p. 50—55. *Modern perspectives in abolescent psychiatry*/Ed. J. Q. Howells.— Edinburgh, 1971, 618 p.

Parker G. Researching the schizophrenogenic mother.—Journ. Nerv. a. Ment. Dis., 1982, vol. 170, № 8, p. 452—462.

Pertschuk M., Forster J., Buzby G. a oth. The treatment of anorexia nervosa with total parenteral nutrition,—Biol. Psychiatr., 1981, vol. 16, № 6, p. 539—550.

Rutter M. L. Neuroses and psychoses in adolescence.—Triangle, 1982, vol. 21, № 2/3, p. 89—94.

Spiel W. Therapie in der Kinder und Jugend Psychiatrie. 2 Aufl. Stuttgart, 1976, 243

S. Stutte H. Psychosen in Kindersalter in der Pubertat.— Med. Klin., 1963, Bd. 13, S. 526—529.

Tolstrup P., Brinch M., Isager T. a oth. Long-term outcome of 151 case of anorexia nevrosa: The Copenhagen anorexia nevrosa follow-up study.— Acta psychiatr. scand., 1985, vol. 71, № 4, p. 380—387.

Turns D. F. Epidemiologie des schizophrenics.— Ann. med. — psychol., 1980, vol. 138, № 6, p. 637—646.

Wagener D. K. Genetic nature of schizo-affective disorder.— Psychopharmacol. Bull., 1981, vol. 17, № 1, p. 79—80.

Winokur G., Scharfetter C., Angst J. A family study of psychotic symptomatology in schizophrenia, schizoaffective disorder, unipolar depression, and bipolar disorder.— Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1985, vol. 234, № 5, p. 295—298.

Дополнительный список литературы (1987-1988)

Шизофрения у подростков

Личко А.Е.

Буркин М. М. Прогноз социально-трудовой адаптации больных малопрогредиентной шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1987, т. 87, в. 8, с. 1215— 1220,

Воробьев В. Ю., Нефедьев О. П. О дефекте типа фершробен при вялотекущей шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1987, т. 87, в. 9, с. 1378—1383.

Горячкин Е. В. Значение псевдошизофренических расстройств в юношеском возрасте для профилактики общественно-опасных действий по данным повторных судебно-психиатрических экспертиз.— В кн.: Профилактика общественно-опасных действий психически больных.— Калуга, 1988.— С. 55—57.

Гурьева В. А. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.— В кн.: Судебная психиатрия: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1988.— С. 353—368.

Зефирова С. Ю. Особенности психопатологической картины при интоксикации ингалянтами у подростков, больных шизофренией.— В кн.: Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики.— Л., 1988.— С. 16—17.

Ковалев В. В. Особенности психических расстройств в детском и подростковом возрасте и их классификация.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах/ Под ред. Г. В. Морозова, М.: Медицина, 1988.—Т. II.—С. 401—406.

Копейка Г. И. Сенситивный бред отношения в юношеском

возрасте (вопросы феноменологии и динамики).— Журн. невропатол. и психиатр., 1987, т. 87 в. 11, с. 1710-1716.

Коркина М. В. Дисморфофобия и дисморфомания.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах/Под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988.— т. II.— С. 439—444.

Леденев Б. А., Шевченко Ю. С. Феномен визуализированных представлений у детей и подростков, больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1988, т. 88, в. 10.—С. 1532—1534.

Личко А. Е. Особенности эндогенных психозов в подростковом возрасте.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах/Под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988—Т. II.— С. 450—462.

Максимов Б. Н. О психогениях типа реакции отказа у больных вялотекущей шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1987, т. 87, в. 5, с. 703—709.

Матвеев В. Ф., Барденштейн Л. М., Молодецких В. А. Психопрофилактика пограничных психических расстройств в семьях подростков, больных шизофренией.— В кн.: Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики.— Л., 1988.— С. 39—40.

Морозов Г. В., Шизофрения.— В кн.: Судебная психиатрия: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1988.—С. 96—123.

Наджаров Р. А., Тиганов А. С., Смулевич А. Б. и др., Шизофрения.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах/Под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988.— Т. I.— С. 420—285.

Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы.— Л.: Медицина, 1988. 264 с.

Смулевич А. Б. Вялотекущая шизофрения — миф или клиническая реальность? — Журн. невропатол. и психиатр., 1987, т. — 87, в. 12, с. 1866—1871.

Цуцульковская М. Я., Бильжо А. Г., Орлова В. А. и др. Прогноз благоприятного исхода юношеской малопрогрессирующей невротоподобной шизофрении на основе данных отдаленного катамнеза.— Журн. невропатол. и психиатр., 1988, т. 88, в. 3, с. 86—93.

Шахламов А. В. Один из вариантов шизофрении с навязчивостями.— Журн. невропатол. и психиатр., 1988, т. 88, в.

5, с. 87—92.

Ястребов В. С. Клинико-эпидемиологическая характеристика негоспитализированных больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1987, т. 87, в. 8, с. 1207—1215.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third ed — revised (DSM — III — R).—Washington: Amer. Psychiat. Ass., 1987. —567 p.